


**EDENICE REIS DA SILVEIRA**

**O TRINÔMIO PACIENTE, FAMÍLIA E ENFERMEIRA,  
FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0336  
Autor: Silveira, Edenice  
Título: O trinômio paciente, família e  
  
972494113 Ac. 241565  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, como  
requisito parcial à conclusão do Curso de Graduação  
em Enfermagem , Departamento de Enfermagem do  
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade  
Federal de Santa Catarina.

Orientadora:  
Professora Dr<sup>a</sup> Vera Radünz  
Supervisoras:  
Enf<sup>a</sup> Alda Isabel da Silveira Mello  
Enf<sup>a</sup> Ana Maria Francisco Nunes Mendes  
Enf<sup>a</sup> Nair Terezinha Grando da Silva

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0336  
Ex.1

**FLORIANÓPOLIS**

**2001**

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, por estar sempre presente, peço-lhe que continue comigo, concedendo-me força e serenidade para que eu possa trilhar com sucesso a profissão que escolhi.

À minha Linda **MÃE**, dedico esta vitória, pelo amor e carinho, durante toda minha vida, o apoio e orgulho pela minha profissão.

À minha **IRMÃ**, amiga e companheira, por acolher-me, demonstrando o grande amor que sente por mim.

Aos meus Pais, **Antoninho** (in memoriam), por iluminar o caminho que estou percorrendo e **Indalécio** pela lição de honestidade e dedicação que nos reserva durante todos esses anos.

Aos meus **FAMILIARES** e **AMIGOS**, em especial à **Jaqueline** e **Daniele**, mesmo privando-os de minha presença e atenção, ofereceram-me ajuda, carinho e incentivo para que mais esta etapa fosse cumprida.

Aos **PACIENTES** e suas **FAMÍLIAS**, sem os quais esse trabalho não poderia ser desenvolvido, e que muito me ensinaram, depositando confiança e credibilidade.

À **ORIENTADORA**, meu carinho e gratidão, por transmitir serenidade, experiência e apoiar-me nas dificuldades.

Às supervisoras, **Ana Maria**, companheira de viagem, professora de português, amiga e por fazer-me perceber que era capaz de vencer os obstáculos; **Alda Isabel**, pelo exemplo de dedicação e amor à Enfermagem e **Nair Terezinha**, pelo compartilhar de sua experiência, sempre com um sorriso nos lábios.

Às **ENFERMEIRAS** e **FUNCIONÁRIOS** da Clínica Médica Feminina, em especial à Enfermeira **Isabel**, pela imensa dedicação e ajuda prestada.

Aos funcionários do Ambulatório de Quimioterapia, **Elisete** e **Sérgio**, pelos ensinamentos de sua prática e por proporcionar-me manhãs tão alegres. E, aos funcionários do Ambulatório do HU, **Célia**, **Zeca**, **Claúdia**, **Rosângela**, **Cyntia**, **Janete**, **Terezinha** e **Edézio**, o meu muito obrigada.

Às amigas formandas, **Karine**, **Rosinete** e **Ingrid**, que juntas lutamos, vibramos, choramos. Fomos amigas, somos verdadeiras amigas, fica a promessa do reencontro e o desejo de boa sorte.



À Professora **Ana Izabel**, por aceitar fazer parte da minha banca e disponibilizar-me bibliografias.

Aos **PROFESSORES**, que transmitiram-me seus conhecimentos, experiências profissionais e de vida, com a dedicação e carinho, àqueles que guiaram-me para além das teorias, das filosofias e procedimentos, expresso meu profundo respeito, que sempre será muito pouco, diante do muito que foi oferecido.

À **equipe do CEPON**, em especial à Enfermeira **Aldanéia**, pelos conhecimentos que me legou, pela dedicação e pela amigável convivência; à Enfermeira **Milene**, por receber-me de braços abertos em sua unidade de serviço; à Enfermeira **Cássia**, pela sua delicadeza em receber-me e prestar informações; à Enfermeira **Tânia**, por proporcionar-me a visita ao Transplante de Medula Óssea.

Às amigas **Marcia Del Castanhel**, pelas alegrias, sofrimentos compartilhados e o apoio durante a vida acadêmica; à **Sandra Silveira**, pelo incentivo e as animadas tardes de trabalho.

À **equipe do Programa Capital Criança**, em especial, à **Carmen** pela disponibilidade e afeto transmitido, e à **Alba** por compreender minha vida de estudante.

Ao meu grande amor, **LEANDRO**, por estar sempre ao meu lado, participar, aconselhar, pelo sofrimento de minha própria incompreensão e insensibilidade. Este momento não estaria tão completo, pois na validade de minha luta, nos méritos de minha conquista, há muito da sua presença. Te amo!

Enfim, a **Todas as Pessoas** que contribuíram para este momento de minha vitória, o meu

**MUITO OBRIGADA.**

Algumas pessoas acham a idéia do desapontamento  
tão dolorosa que preferem nem ter esperanças  
quanto à recuperação do paciente.

Mas, quando amamos, devemos arriscar.

O amor nos torna receptivos a sermos afetados,  
desapontados, feridos ou magoados pelos outros.

A única forma de evitar esse risco é nos tornarmos  
ermitões emocionais, vivendo isolados – e  
ninguém sobrevive a essa situação.

Mas é possível lidar com a dor e o desapontamento. [...] a melhor maneira de lidar com o diagnóstico de câncer é lutar pela saúde de todas as maneiras possíveis, reafirmando nossa crença na vida e na esperança. [...]

Simonton

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER – INCIDÊNCIA E MORTALIDADE.....	15
3.2 FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO DE MALIGNIDADE.....	18
3.3 CARCINOGENESE.....	18
3.4 ETIOLOGIA .....	20
3.5 A FUNÇÃO DO SISTEMA IMUNE.....	20
3.6 PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	20
3.7 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER.....	21
3.8 ESTADIAMENTO E GRAU.....	21
3.9 TRATAMENTO DO CÂNCER.....	22
3.9.1 Cirurgia.....	23
3.9.2 Radioterapia.....	23
3.9.3 Quimioterapia.....	23
3.9.4 Hormonioterapia.....	24
3.9.5 Imunoterapia.....	25
3.10 A DOR COMO SINTOMA MAIS FREQUENTE NOS PACIENTES QUE APRESENTAM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	25
3.11 A FAMÍLIA DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E A ENFERMEIRA ONCOLÓGICA.....	28
3.12 A ENFERMEIRA, O PACIENTE E A FAMÍLIA VIVENCIANDO O PROCESSO DA MORTE.....	29
<b>4 - REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>33</b>
4.1 - Definição dos Conceitos.....	34
4.2 - O Processo de Enfermagem segundo Horta.....	37
<b>5 – METODOLOGIA.....</b>	<b>38</b>
5.1 - Característica do Local de Estágio.....	38

5.1.1 – Clínica Médica Feminina (CMF).....	38
5.1.2 – Ambulatório de Quimioterapia.....	38
5.2 - Filosofia do Hospital Universitário de Santa Catarina.....	39
5.3 - Políticas e diretrizes do Hospital Universitário.....	40
5.4 - População Alvo.....	41
<b>6 OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
6.1 - Objetivo Geral.....	42
6.2 - Objetivos Específicos.....	42
<b>7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
7.1 Objetivo 1: Aplicar o processo de enfermagem juntamente com as Enfermeiras da unidade, durante à assistência às pacientes e sua família.....	43
7.2 Objetivo 2: Desenvolver e aprimorar conhecimentos na área de Enfermagem Oncológica.....	48
7.3 Objetivo 3: Realizar procedimentos de Enfermagem.....	54
7.4 Objetivo 4: Participar de eventos e cursos referentes ao tema, no decorrer do estágio.....	57
7.5 Conhecer instituições de saúde que prestam assistência a clientes com diagnóstico de câncer.....	59
7.6 Acompanhar os pacientes com diagnóstico de câncer e sua família no Ambulatório de Quimioterapia.....	75
7.7 Avaliação dos dados epidemiológicos de Câncer na CMF.....	76
<b>9 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....</b>	<b>81</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>84</b>
<b>11 ANEXOS</b>	
<b>12 PARECER FINAL DA ORIENTADORA</b>	

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens, segundo localização primária no Brasil.....	16
TABELA 2 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária no Brasil.....	16
TABELA 3 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens, segundo localização primária em Santa Catarina.....	17
TABELA 4 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária em Santa Catarina.....	17
TABELA 5 - Distribuição das pacientes com diagnóstico de câncer, por faixa etária, internadas na CMF, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001.....	76
TABELA 6 - Composição etária relativa (%) nos censos demográficos brasileiros de 1940 a 1991.....	78
TABELA 7 - Frequência das internações por câncer, na CMF, por diagnóstico final, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001.....	78
TABELA 8 - Pacientes que internaram na Clínica Médica Feminina no período de Janeiro de 2000 a abril de 2001.....	79

## **RESUMO**

No presente Trabalho de Conclusão de Curso, foi enfocada a questão do trinômio paciente, família e enfermeira, frente ao diagnóstico de câncer, apresentando o caminho percorrido desde a elaboração do projeto assistencial, sua implementação e o relatório desta prática, revelando as percepções do assistir em enfermagem aos pacientes com diagnóstico de câncer e sua família. Deste modo, este trabalho delineou o envolvimento e os sentimentos manifestados pelo trinômio, destacando os desafios e conquista. Foi desenvolvido no Ambulatório de Quimioterapia e Clínica Médica Feminina, ambos localizados no Hospital Universitário de Santa Catarina (UFSC). O Referencial Teórico deste trabalho foi baseado em conceitos de Horta, Radünz, Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família (GAPEFAM), Simonton e Ávila.

## **ABSTRACT**

In this monograph, as the final work of the Graduation Course in Nursing, the focus is on the patient, family and nurse when dealing with a cancer diagnostic. All the way since the project elaboration, its implementation and the practice report is presented showing the perceptions of the nursing assistance to the cancer patient and his /here family. This practice signalized the involvement and the feelings manifested by the three of them, patient, family and nurse pointing out the challenges and the conquests. It was developed in the out-patient clinic and the female medical clinic, located at the Universiy Hospital of Santa Catarina. The theoretical referencial was based on concepts of Horta, Radünz, Group of assistance, research and family health education (GAPEFAM), Simonton and Ávila.

# 1 INTRODUÇÃO

“Câncer, nome dado a todas as formas de tumores malignos. A palavra vem do latim câncer, que significa caranguejo. Esse nome deve-se à semelhança entre as pernas do crustáceo e os tentáculos do tumor, que se infiltram nos tecidos sadios do corpo”.

Para GIGLIO (1999, p.22), “o câncer pode ser entendido, como uma alteração do processo de morte e/ou proliferação celular que gera um desequilíbrio, favorecendo o acúmulo desordenado de células. Esse acúmulo progressivo de células dá origem a um tumor capaz de gerar sinais e sintomas que caracterizam o paciente com câncer”.

“O câncer causa a morte de mais de 4 milhões de pessoas por ano, em todo o mundo. No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte, depois das doenças do aparelho circulatório”.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995, p.7),

“O câncer é tido como uma doença crônico degenerativa (DCD). Isto quer dizer que, é uma doença que apresenta uma evolução prolongada e progressiva, exceto se for interrompida em alguma de suas fases. Curiosamente, o câncer é, na atualidade, a DCD mais temida, mesmo sendo a única que apresenta real possibilidade de cura, principalmente se diagnosticada precocemente”.

“Apesar dos avanços no conhecimento sobre o câncer e seu tratamento, é comum a associação do câncer à doença fatal, vergonhosa e comumente considerada como sinônimo de morte, o que contribui para que as pessoas mantenham sentimentos exclusivamente pessimistas sobre a doença [...] e a inquestionável melhoria dos resultados terapêuticos ainda não derrubaram o mito e o preconceito sobre o câncer como uma doença inevitável, incurável e inexorável”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995, p.134)

E isto vem acontecendo também entre os profissionais de saúde e seus órgãos formadores, pois como afirma GUTIERREZ et al. (1993)

“Os dados referentes ao ensino da Cancerologia nos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, constataam que as deficiências no ensino e na assistência de Enfermagem aos clientes com diagnóstico de câncer continuam. As autoras apontam para a necessidade de um posicionamento das escolas e dos serviços no sentido de investirem na formação dos enfermeiros, habilitando-os para atuar na área de Oncologia, nos diferentes níveis de atenção à saúde, assegurando assim um cuidado competente e seguro à população em geral e ao cliente com câncer especificamente”.

A epidemiologia do câncer, mostra valores que de uma maneira geral, demonstra também a deficiência dos profissionais nesta área. As informações são preocupantes, e segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2000), em Santa Catarina a estimativa para o ano 2.000 foi de 138.755 novos casos de câncer entre



homens, e 145.450 entre mulheres, ambos por localização primária, e respectivamente uma mortalidade de 61.522 e 52.437 por 100.000 habitantes.

O diagnóstico de câncer provoca muitas emoções nos pacientes e nas famílias, incluindo as diferentes reações e sentimentos como: medo, frustração e perda do controle. Por tais reações, além de sua real patologia, a Enfermagem Oncológica tem o papel de assistir este paciente e família, prestando-lhes uma assistência humanizada através do cuidado integral, adequando este paciente a uma nova limitação, permitindo a verbalização dos sentimentos do paciente e/ou família, bem como subsidiar informações/esclarecimentos, mantendo uma interação eficiente e promovendo o auto cuidado do paciente.

Para RADÜNZ (1998, p.5-6),

“A ENFERMEIRA em ONCOLOGIA é um ser humano possuidor de um “feeling”<sup>1</sup> especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia<sup>2</sup> ao interagir terapeuticamente”.

Tal conceito é reforçado por SMELTZER & BARE (1998, p.230) que dizem: “A enfermeira deve estar pronta para dar apoio ao paciente e sua família durante uma diversidade de crises físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais, o alcance dos objetivos almejados envolve oferecer, por parte da enfermagem, um apoio realista àqueles submetidos ao tratamento e usar modelos assistenciais e o processo de enfermagem como base desse tratamento”.

O exposto acima, reafirma que não basta apenas assistir ao paciente com câncer, mas também sua família, pois esta também sente-se insegura com o impacto da doença no ente querido, gerando angústia, medo, revolta e uma infinidade de sentimentos, que podem ser amenizados pela enfermeira que lhes presta uma assistência humanizada, o que irá refletir direta ou indiretamente nas atitudes/sentimentos, apresentados pelo paciente, devido a grande relevância do papel da família.

<sup>1</sup> “Feeling”, refere-se a um “tato especial”, um misto de sentimento, compreensão, solidariedade, ternura e intuição.

<sup>2</sup> “Empatia”, é a capacidade de entender aquilo que uma pessoa está sentindo, e transmitir-lhe compreensão, mantendo ao mesmo tempo uma certa objetividade para poder prestar a ajuda necessária.

O presente trabalho tem por finalidade relatar a assistência de enfermagem ao adulto com diagnóstico de câncer e seus familiares. Para guiar a prática assistencial deste projeto, utilizei o referencial Teórico de Wanda de Aguiar Horta, em decorrência de o referido hospital adotá-lo na metodologia científica para atender às Necessidades Humanas Básicas de seus pacientes e de suas famílias.

A implementação do projeto assistencial deu-se no período de 23 de março a 30 de maio do ano 2001. Neste período, vivenciei o ser/estar com o paciente com diagnóstico de câncer e sua família, constatando o que nenhuma literatura consegue explicar, que são os sentimentos manifestados por eles, os quais serão descritos com mais detalhes neste trabalho.

## 2 JUSTIFICATIVA

Meu primeiro contato com pacientes oncológicos, foi na 3ª fase de Enfermagem na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, com a professora Aldanéia Norma de Souza Silvestrim, no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON). Fiquei impressionada com a assistência prestada aos pacientes e suas famílias. Constatei que se tratava de “assistência humanizada” diferenciada de tudo que já havia visto; era ativa a “famosa equipe multidisciplinar” da qual tanto se ouvia falar, e até então não havia presenciado em outros campos de estágio. No CEPON, os funcionários eram treinados e aptos a lidar com estudantes, tratando- nos com muita gentileza, fazendo-me sentir bem acolhida.

O assunto Oncologia não foi explorado por outras fases, com exceção da quinta, com a professora Ana Izabel Jatobá de Souza, que nos ministrou aula sobre Oncologia Pediátrica, quando conseguimos discutir um pouco mais o assunto em uma visita ao Hospital Infantil Joana de Gusmão. Não sendo suficiente, a Enfermagem Oncológica continuou sendo um assunto muito interessante para mim. Esses foram os primeiros contatos que me aproximaram do tema em questão.

Chegou o momento da decisão do Trabalho de conclusão de Curso. Ah! Quanta dúvida. Qual especialidade eu escolho? Enfermagem Oncológica realmente me “balançava”, e quando reencontrei minha professora da terceira fase, Aldanéia, pude perceber o quanto a Oncologia me fascinava. Mas a indecisão, o medo ainda persistiam e foi a partir de uma conversa com a Professora Drª Vera Radünz, que resolvi definitivamente realizar meu trabalho de conclusão de curso nesta área.

Minhas expectativas para a construção deste trabalho fora as melhores possíveis, posto que o paciente com diagnóstico de câncer e/ou em tratamento e sua família estão vulneráveis ao sofrimento e à complexidade da doença. Acredito que pude contribuir prestando-lhes uma assistência humanizada.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER – INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

O câncer é uma doença que na atualidade está em evidência. Há uma grande resistência por parte da população em geral, para pronunciar a palavra câncer que tem o estigma de ser sinônimo de morte, associada ao sofrimento e aos sentimentos de tristeza. Nenhuma outra doença causa impacto tão negativo ao ser diagnosticada.

“Embora conhecido há muitos séculos, somente nas últimas décadas o câncer vem ganhando uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. Muitos fatores têm contribuído para isso, merecendo destaque o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde, que propiciam a exposição contínua a fatores ambientais e mudanças de comportamento responsáveis pela carcinogênese”. ([inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/](http://inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/))

“Somente a partir de informações sólidas sobre a ocorrência do câncer, nas diversas regiões do Brasil, será possível traçar estratégias para sua prevenção, controle e assistência”. ([inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/](http://inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/))

Demonstrarei abaixo estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil e no estado de Santa Catarina.

## Brasil

TABELA 1 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens, segundo localização primária

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	21.895	26,81	402	0,47
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	14.460	17,69	10.290	12,61
Neoplasia maligna do Estômago	13.680	16,76	7.090	8,66
Neoplasia maligna da Próstata	14.830	18,14	6.850	8,34
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	7.399	9,07	3.172	3,86
Neoplasia maligna do Esôfago	6.608	8,42	3.968	4,83
Leucemias	3.826	4,68	2.311	2,68
Neoplasia maligna da Boca	8.282	10,09	2.471	2,99
Outras Localizações	47.775	58,46	24.968	30,55
Total	138.755	169,78	61.522	75,28

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996

TABELA 2 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	20.410	24,17	267	0,31
Neoplasia maligna da Mama Feminina	28.340	33,58	8.245	9,78
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	5.622	6,66	4.232	4,97
Neoplasia maligna do Estômago	6.180	7,30	3.610	4,24
Neoplasia maligna do Colo do Útero	17.251	20,48	3.606	4,25
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	6.074	7,19	3.563	4,24
Neoplasia maligna do Esôfago	2.333	2,74	1.194	1,40
Leucemias	3.000	3,52	1.880	2,19
Neoplasia maligna da Boca	2.608	3,05	606	0,73
Outras Localizações	53.632	63,55	25.234	29,90
Total	145.450	172,36	52.437	62,14

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996

## Santa Catarina

TABELA 3 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens, segundo localização primária

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	1.020	39,49	20	0,63
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	650	25,06	500	19,28
Neoplasia maligna do Estômago	570	22,15	320	12,24
Neoplasia maligna da Próstata	440	16,94	210	8,03
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	190	7,49	90	3,60
Neoplasia maligna do Esôfago	350	13,69	210	8,20
Leucemias	109	4,24	90	3,42
Neoplasia maligna da Boca	230	8,91	90	3,30
Outras Localizações	1.761	68,25	1.050	40,69
Total	5.320	206,19	2.580	99,99

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996

TABELA 4 - Estimativas para o ano 2000 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em mulheres, segundo localização primária

Localização Primária	Estimativa dos Casos Novos		Estimativa dos Óbitos	
	Nº de Casos	Taxa Bruta	Nº de Óbitos	Taxa Bruta
Neoplasia maligna da Pele não Melanoma	910	35,32	10	0,40
Neoplasia maligna da Mama Feminina	640	24,82	250	9,81
Neoplasia maligna da Traquéia, Brônquios e Pulmão	190	7,50	160	6,05
Neoplasia maligna do Estômago	190	7,35	140	5,21
Neoplasia maligna do Colo do Útero	430	16,41	130	4,87
Neoplasia maligna do Cólon e Reto	210	8,17	120	4,44
Neoplasia maligna do Esôfago	70	2,55	50	1,72
Leucemias	106	4,11	70	2,65
Neoplasia maligna da Boca	40	1,50	10	0,51
Outras Localizações	2.064	79,73	890	34,38
Total	4.850	187,36	1.830	70,69

FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. "Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco". Rio de Janeiro, 1996

### 3.2 FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO DE MALIGNIDADE

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA dos genes. É o que chamamos mutação genética. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades. As alterações podem ocorrer em genes especiais, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas ([www.inca.org.br/cancer/cancer.html](http://www.inca.org.br/cancer/cancer.html)).

SMELTZER & BARE (1998, p.230) definem a fisiopatologia do câncer como “uma doença que tem início quando uma célula se torna anormal devido a uma transformação por mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar anormalmente, ignorando os sinais reguladores do crescimento no meio ao seu redor”.

O processo de metástases acontece quando um tumor inicia em um órgão e paulatinamente cresce, invadindo estruturas vizinhas. Simultaneamente ao seu crescimento, inicia-se um processo pelo qual células do tumor se desprendem do mesmo e ganham a circulação linfática e sangüínea, podendo então crescer em outros órgãos, dando origem a metástases. As metástases são, portanto, tumores que se assemelham ao tumor originário, porém, em órgãos distantes do mesmo (GIGLIO, 1999).

### 3.3 CARCINOGENÊSE

O processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, em geral se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor. Segundo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996), podem ser assim enunciados:

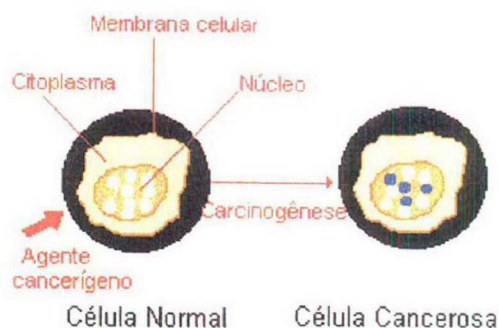
**Estágio de iniciação** - É o primeiro estágio da carcinogênese. Nele as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos (como o tabaco, álcool, produtos químicos, etc) que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase as células se encontram, geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente. Encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio.



**Estágio de promoção** - É o segundo estágio da carcinogênese. Nele, as células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio.



**Estágio de progressão** - É o terceiro e último estágio e se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.





### 3.4 ETIOLOGIA

Certas categorias ou fatores têm sido responsabilizadas pelo processo de carcinogênese. Como: vírus, agentes físicos, agentes químicos, fatores genéticos ou familiares, fatores alimentares e agentes hormonais (SMELTZER & BARE, 1998).

### 3.5 A FUNÇÃO DO SISTEMA IMUNE

Normalmente, um sistema imune normal é capaz de combater as células cancerosas de várias maneiras: através de linfócitos citotóxicos (lançam toxinas contra as células tumorais); os linfócitos T estimulam outros componentes do sistema imune e livram o corpo das células malignas; os linfócitos produzem linfocinas, que matam ou danificam vários tipos de células malignas; o interferon, uma substância produzida pelo corpo em resposta a uma infecção, tem características antitumorais (SMELTZER & BARE, 1998).

“Nos seres humanos, as células malignas são capazes de se desenvolverem regularmente. Existem evidências de que a função de vigilância exercida pelo sistema imune muitas vezes não consegue detectar o desenvolvimento de células malignas para destruí-las antes que o crescimento se torne descontrolado. Quando o sistema imune deixa de identificar e interromper o crescimento de células malignas, há o desenvolvimento do câncer clínico”. (ibidem, p.234)

### 3.6 PREVENÇÃO DO CÂNCER

A prevenção atualmente é uma grande “arma” contra o câncer, na medida em que se descobre mais sobre os fatores de risco da doença. Outro fator aliado à prevenção, são as informações epidemiológicas, que nos permitem saber em que região o câncer está incidindo, qual o tipo de tumor e a provável causa, constituindo-se em informações que nos darão subsídios para a prevenção.

Hoje são realizadas campanhas nacionais de prevenção do câncer, como o controle do tabagismo, que provoca o câncer de pulmão em 90% dos casos. Outros exemplos como o auto exame de mama, proteção contra os raios solares, realizações de preventivos (câncer de colo de útero), o consumo de álcool, o incentivo a dieta rica em fibras, vegetais e frutas (câncer de intestino), e outras mais. Essas ações reduzem os índices de incidência e mortalidade.

As enfermeiras dos serviços de saúde tem papel importante na prevenção do câncer nas comunidades, alertando-os para os fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer, a importância do diagnóstico precoce, possibilidades terapêuticas, suprimindo o dogma de que o câncer é uma moléstia incurável, esclarecendo o paradigma entre curandeiro versus ciência, através da promoção de campanhas e desenvolvimento de estratégias que busquem a aproximação do profissional com o paciente, proporcionando-lhe um estilo de vida mais saudável.

Todavia observamos que o ensino de Enfermagem Oncológica é insuficiente, pois praticamente nada é ensinado e quando ocorre, é de maneira fragmentada, influenciando diretamente na qualidade e quantidade de profissionais e do serviço prestado nesta área à população.

### 3.7 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

O momento em que se procura diagnosticar o câncer, é vivenciado com muita angústia e preocupação, tanto para o paciente quanto para sua família. Segundo SMELTZER & BARE (1998, p.236),

“O diagnóstico de câncer baseia-se na avaliação das alterações fisiológicas e funcionais, bem como nos resultados da avaliação diagnóstica. Os pacientes com suspeita de câncer passam por uma variedade de testes diagnósticos para (1) determinar a presença do tumor e extensão da doença; (2) identificar uma possível disseminação (metástase) ou invasão de outros tecidos do corpo; (3) avaliar a função dos sistemas e órgãos do corpo acometidos e não-acometidos; e (4) obter tecido e células para análise do câncer, inclusive seu estado e grau. A bateria de exames muitas vezes inclui uma história completa e exame físico, além de procedimentos radiológicos, sorológicos e outros testes diagnósticos e cirúrgicos.”

Esta mesma autora afirma que a enfermeira tem papel importante, devido à ansiedade que gera acerca de um resultado positivo. O paciente e sua família precisam de informações, esclarecimentos sobre os possíveis exames que irá realizar. A enfermeira deve incentivar a verbalização dos seus sentimentos e o compartilhar de suas preocupações.

### 3.8 ESTADIAMENTO E GRAU

SCHWARTSMANN (1991), descreve que o sistema de estadiamento utilizado na maioria das neoplasias é o TNM, o qual é baseado na determinação de três componentes: o T – tamanho do tumor primário e/ou grau de extensão local; o N



– presença ou não de metástase nos linfonodos regionais; o M – presença ou não de metástase a distância. A cada um dos três componentes adicionam-se letras ou números, com a finalidade de indicar progressão da doença.

T – Tumor primário

TX – o tumor primário não pode ser determinado

TO – não há evidência do tumor primário

Tis – tumor *in situ*

T1,2,3,4 – indicam aumento progressivo do tamanho do tumor ou extensão local

N – Linfonodos regionais

NX – os linfonodos regionais não podem ser determinados

NO – não há evidência de linfonodos regionais envolvidos

N1,2,3,4 – indicam envolvimento progressivo de linfonodos regionais

M – Metástase à distância

MX – não pode ser determinada a presença de metástases à distância

MO – não há metástase à distância

M1 – presença de metástases à distância

### 3.9 TRATAMENTO DO CÂNCER

O tratamento do câncer envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e econômicos. Representa um desafio à sociedade, por tratar-se de uma doença que exige infra-estrutura adequada a nível de recursos humanos e materiais. Busca-se porém, tratamento mais objetivo, com menos efeitos colaterais e mais eficácia, que possa promover a erradicação completa da doença (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas ou alívio dos sintomas associados com o processo canceroso.

Entretanto, há várias modalidades terapêuticas diferentes, como cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, a imunoterapia e o transplante de medula. As modalidades citadas podem ser usadas isoladamente ou em conjunto.

### 3.9.1 Cirurgia

A cirurgia foi o primeiro tratamento aplicado aos casos de câncer e hoje tem um papel fundamental em oncologia, com as seguintes finalidades: cirurgia para diagnóstico (biópsia), cirurgia para estadiamento, cirurgia de intenção curativa ou radical, cirurgia de intenção paliativa, cirurgia de intenção preventiva e reconstrutiva.

### 3.9.2 Radioterapia

Na radioterapia, a radiação ionizante é usada para interromper o crescimento celular. Cerca da metade dos pacientes com cirurgia recebe uma forma de irradiação em certo momento do curso do tratamento. A radiação pode ser usada como meio de curar o câncer. A radioterapia também pode ser usada para controlar doença maligna quando o tumor não puder ser removido cirurgicamente ou quando existe uma metástase nodal, local, profilaticamente para evitar a infiltração leucêmica no cérebro ou medula espinhal. A irradiação paliativa é usada freqüentemente para aliviar os sintomas de doença metastática (SMELTZER & BARE, 1998).

### 3.9.3 Quimioterapia

A quimioterapia consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. São drogas que atuam a nível celular interferindo no seu processo de crescimento e divisão. A maioria dos agentes antineoplásicos não possui especificidade, ou seja, não destrói seletiva e exclusivamente as células tumorais. Em geral, são tóxicos aos tecidos de rápida proliferação caracterizados por uma alta atividade mitótica e ciclos celulares curtos (BONASSA, 1992).

As drogas quimioterápicas são classificadas de acordo com:

- Estrutura química e função a nível celular, que por sua vez se dividem em: agentes alquilantes, antimetabólitos, antibióticos antitumorais, nitrosuréis, alcalóides da vinca e miscelânea.



- Especificidade no ciclo celular, que divide os quimioterápicos em: ciclo celular específico (atua na fase M ou S do ciclo) e ciclo celular não-específico (são letais às células em qualquer fase que se encontrem).

Segundo BONASSA (1992), o cálculo da dosagem é baseado no peso (dose expressa em miligramas ou gramas por quilogramas de peso corporal) ou na superfície corporal do paciente (calculada a partir do peso e da altura). Outros fatores são também considerados na determinação da dose a ser aplicada como: sobreposição de toxicidades, tratamentos quimioterápicos e/ou radioterápicos anteriores, estado geral do paciente, condições hematológicas e de certos órgãos.

As vias de administração das drogas quimioterápicas podem ser tópica, oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, arterial, intracavitária e intratecal.

SMELTZER & BARE (1998) afirmam que doses repetidas de drogas são necessárias durante um período prolongado de tempo para atingir uma regressão do tumor. É quase impossível atingir erradicação de 100% do tumor, mas um dos objetivos da quimioterapia é erradicar o suficiente de modo que as células tumorais remanescentes possam ser destruídas pelo sistema imune do corpo.

Quanto aos efeitos adversos da quimioterapia BONASSA (1992) afirma que podem ser agudos, ou seja, iniciam-se até minutos após administração dos agentes antineoplásicos e persistem por alguns dias, ou efeitos tardios, que aparecem semanas ou meses após a infusão dos quimioterápicos. Dos efeitos adversos mais comuns temos: náuseas e vômitos, mielodepressão, alopecia, diarreia, obstipação intestinal, mucosite, alterações cutâneas, alterações da sexualidade e reprodução, cistite hemorrágica, toxicidade pulmonar, toxicidade neurológica, toxicidade hepática e alteração de fluidos e eletrólitos.

### 3.9.4 Hormonioterapia

GIGLIO (1999, p. 83), afirma que:

“Tumores originados de tecidos hormônio-dependentes, como por exemplo, próstata, útero, ovário e mama têm, muitas vezes, a expressão de receptores hormonais. A presença desses receptores geralmente sinaliza que esses tumores ainda podem depender de hormônios para a manutenção de seu crescimento. Assim, em muitos destes casos, utilizamos com finalidade antitumoral bloqueadores hormonais, inibidores da produção de hormônios ou hormônios com ação antiproliferativa”.

### 3.9.5 Imunoterapia

Segundo GIGLIO (1999), a imunoterapia procura explorar a amplificação da resposta imune do organismo contra os tumores, visando um efeito terapêutico. O campo da imunoterapia classicamente pode ser dividido em:

- a) imunoterapia ativa: que se divide em inespecífica (usa agentes como o BCG, especificamente para o tumor) e específica (utiliza substância específicas do tumor para gerar uma resposta imune antitumoral específica (vacinas);
- b) imunoterapia adotiva: utiliza a transferência de células imunes;
- c) imunoterapia passiva: consiste na infusão de anticorpos específicos para o tumor.

### 3.10 A DOR COMO SINTOMA MAIS FREQUENTE NOS PACIENTES QUE APRESENTAM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

“A dor é considerada um dos sintomas mais frequentes nas neoplasias. É também o mais temido pelos pacientes oncológicos. Estima-se que 10% a 15% dos doentes de câncer apresentam dor de intensidade significativa nos casos de doença inicial. Com o aparecimento de metástases, a incidência da dor aumenta para 25% a 30% e nas fases muito avançadas da enfermidade, 60% a 90% dos pacientes referem dor de intensidade bastante expressiva. Aproximadamente nove milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de dor oncológica. Metade dos doentes sente dor em todos os estágios do câncer e 70% em doença avançada”. ([www.rssbcancer.org.br](http://www.rssbcancer.org.br))

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual. A definição de dor proposta pela enfermagem segundo SMELTZER & BARE (1998 p.158), “é qualquer dor no corpo que o paciente diga que tem, existindo quando ele diz que dói. A regra a ser seguida no cuidado dos pacientes com dor é que toda dor é real, mesmo se sua causa for desconhecida. Sendo assim, a existência da dor é baseada simplesmente na queixa do paciente”.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995), refere que a dor do paciente com diagnóstico de câncer pode ser devida à doença em si, aos tratamentos utilizados (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) ou a outras doenças paralelas, mas o tratamento deve estar relacionado com a causa da dor.

A dor é classificada em aguda (até 6 meses de duração) e crônica (mais do que 6 meses). Podendo ainda ser dividida em: somática, visceral e neurogênica. A

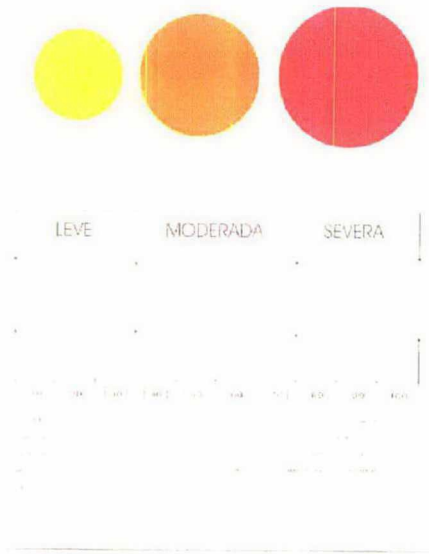


dor visceral ocorre quando há comprometimento de órgãos internos. Não há localização precisa, é contínua e surda. A dor somática, originada de ossos e partes moles, é contínua, localizada na área acometida e que piora com pressão ou movimento. A dor neurogênica localiza-se na região innervada pelo nervo danificado e pode estar associada a um “déficit” motor ou sensitivo, alterações do sistema nervoso autônomo, parestesias e episódios paroxísticos de sensações de “choques” ou queimação ([www.rssbcancer.org.br](http://www.rssbcancer.org.br)).

A fisiopatologia da dor do câncer descrita por SCHWARTSMANN (1991), inclui uma série de alterações neurofisiológicas e neurofarmacológicas que ocorrem inicialmente no sistema nervoso periférico, produzindo alterações secundárias no sistema nervoso central que alteram dramaticamente a modulação da dor. São: alterações mecânicas, através da compressão de tecidos ou distensão de cápsulas que ativam e sensibilizam os receptores nociceptivos e mecânicos; alterações químicas, que são conseqüentes à liberação de substâncias algógenas pelo tumor, como a histamina, bradicinina, serotonina, epinefrina e prostaglandinas; alterações do sistema nervoso autônomo, com sensibilização dos receptores perivasculares e indução de estase venosa e edema; lesões das terminações nervosas provocadas pela invasão do tumor geram impulsos aferentes anormais ([www.rssbcancer.org.br](http://www.rssbcancer.org.br)).

Assim, diz-se que a dor é uma experiência pessoal, subjetiva. Só a pessoa pode avaliá-la. Em pessoas muito ansiosas ou deprimidas, a resistência à dor fica diminuída. Isto é particularmente importante nos pacientes com diagnóstico de câncer, onde a própria doença, o medo da expectativa de alívio podem acarretar altos níveis de ansiedade e depressão. Sabe-se que dor, ansiedade e depressão andam juntas e formam um círculo vicioso. Quebrar esta cadeia ajuda a minimizar a dor. Assim, estar atento para tentar controlar os fatores mentais e sociais que possam estar interferindo na resistência à dor ajuda a minimizá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Segundo o mesmo autor, a avaliação da dor pelo enfermeiro deve ser sistemática. Ela visa levantar dados para planejar a assistência de enfermagem; ajuda a selecionar as medidas de alívio mais adequadas e verificar a eficácia da terapêutica adotada. A avaliação da intensidade da dor pode ser feita por meio de escalas, como as que se seguem:



Serviço de Cuidados Paliativos  
Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON



### 3.11 A FAMÍLIA DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E A ENFERMEIRA ONCOLÓGICA

O diagnóstico de câncer toma de surpresa não só o paciente mas toda a família, destruindo sua fantasia de imortalidade, provocando repercussões no grupo e atinge, em graus variados, cada um dos seus membros e o grupo na sua totalidade. É imprescindível considerar e incluir a família na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, pois a enfermeira pode ajudar a família do paciente a manter esperança, mesmo sem saber qual será o resultado final.

BIELEMANN (1997), afirma que as reações da família frente ao diagnóstico do câncer, atuam sobre as pessoas levando-as a adotarem os mais variados tipos de condutas. A família, frente à realidade de ter um de seus membros acometidos por câncer, também é afetada na sua dinâmica e, ao tornar-se vulnerável, emerge junto com o paciente como unidade de cuidado.

A família contribui de forma significativa nos cuidados prestados ao paciente. ALTHOFF et.al. (1998), consideram que “a família auxilia a enfermagem a detectar os problemas e as necessidades, discute o diagnóstico, participa na determinação dos objetivos, colabora na aplicação do plano de ações e participa na avaliação dos resultados. A interação entre a família e os profissionais neste sistema é de vital importância para o êxito na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida do paciente”.

Já SCHWARTSMANN (1991), coloca que a reação familiar pode funcionar como caixa de ressonância, ampliando as reações do paciente; ou, por outro lado, como continente de suas ansiedades, auxiliando-o a enfrentar esta etapa difícil de sua vida. Na medida em que esteja bem informada, de forma simples e realística, a família pode se tornar um aliado permanente, contribuindo não só no apoio ao paciente, como também reassegurando a própria equipe profissional.

Este mesmo autor cita as reações adversas mais encontradas pelos familiares: abandono do paciente e descaso aparente pelo seu tratamento (reação evitativa); auto-recriminações e acusações (reação de culpa); acusações ao médico e à equipe atribuindo-lhes maus tratos e incompetência (reações paranóide), e minimização da gravidade de uma situação (reação de negação).

Entretanto, deve haver espaço apropriado, uma conversa com a família, exposição da situação, permitindo-lhes expressar seus sentimentos, dúvidas e preocupações e procurar estabelecer uma aliança de trabalho. A resposta será terapêutica na medida em que a enfermeira tratar tanto os aspectos fisiológicos quanto os psicológicos, diminuindo as ansiedades dos familiares mediante presença, informações, conforto, apoio, e disponibilidade para ouvi-los.

SIMONTON (1990), afirma que a partir do momento que a família decide apoiar o empenho do paciente em se curar, é muito importante também que cada pessoa leve em consideração seu próprio bem-estar. Quando há um caso de doença possivelmente fatal na família, todos, podem vir a ficar doentes. A situação fica muito difícil se o outro membro do casal ficar tão estressado a ponto de cair doente.

Sendo assim, a família pode evitar tal situação modificando lentamente seu estilo de vida e suas prioridades, vivendo de maneira mais normal possível. O câncer às vezes, é uma doença longa, e o melhor é não fazer mudanças drásticas imediatamente – e muito menos adotar uma vida de ermitão. Deve-se aumentar o contato físico e o carinho entre os parentes e o próprio paciente. Os integrantes da família devem pedir uns aos outros e a seus amigos e parentes que ajudem e apoiem não apenas o paciente, mas a eles também (ibidem).

### 3.12 A ENFERMEIRA, O PACIENTE E A FAMÍLIA VIVENCIANDO O PROCESSO DA MORTE

Acredito que quando o paciente vivencia seu processo de morte, não o está fazendo sozinho. A família participa no processo, pois sua presença representa conforto e segurança ao paciente fazendo-o sentir amado; por outro lado, gera sentimentos de perda nesta família. A enfermeira neste momento, faz uma “ponte” entre paciente e família, trabalhando suas angústias, medos e dúvidas, vivenciando também sua própria finitude.

Para RADÜNZ (1999, p.16), “ ao cuidar profissionalmente de pessoas que estão vivendo com um diagnóstico de câncer, ou morrendo em consequência da doença, os enfermeiros são forçados a ter que admitir a sua própria finitude, a

finitude de quem amam, e a de qualquer ser humano, próximo ou distante de seu convívio”.

A morte é vista por nossa sociedade como um assunto “tabu”. Como postulam CALLANAN & KELLY (1994, p.11), “somos um país muito jovem, cultuamos a juventude como se fosse eterna, e nunca imaginamos que nós mesmos vamos envelhecer e um dia nossa permanência neste mundo vai se encerrar”.

A natureza da morte é descrita por BROWN (1995), como sendo esperada ou inesperada, e pode envolver ou não períodos de cuidados. Cada tipo de morte tem implicações na reação e no ajustamento familiar. As mortes súbitas pegam o indivíduo e/ ou a família despreparados. Uma vantagem deste tipo de morte é que ela não é precedida por longos períodos de estresse. Este período de prolongado estresse é a maior dificuldade associada a mortes esperadas, resultantes de doenças debilitantes. As famílias em que um dos membros tem uma doença prolongada, como o câncer, sofrem um estresse de permanente incerteza, elas jamais estão seguras, pois existe a esperança de vida e o medo da morte.

Entretanto, SIMONTON (1990) diz que todos nós desejamos uma morte serena. O câncer, ao contrário de muitas outras causas de morte, nos dá muito tempo para nos prepararmos, e essa preparação pode ser muito confortadora. Os pacientes podem preparar-se de inúmeras maneiras como: funeral e enterro, testamentos, colocar seus negócios em dia e querer morrer em casa. O paciente pode fazer algumas ou todas essas coisas sem que tenha necessariamente decidido morrer. A capacidade de morrer com dignidade é muito importante para o paciente,, e a dignidade nasce da participação e da autonomia do paciente, de sua capacidade de escolher a própria morte.

Há várias formas de as pessoas enfrentarem a morte. Trabalhar a idéia da morte, exige-se que se conheça seus estágios descritos por CALLANAN & KELLY (1994), apud KÜBLER-ROSS (1969), negação, raiva, negociação/barganha, depressão e aceitação. A maior parte das pessoas que está morrendo – assim como seus familiares e amigos – avança e retrocede nos estágios da morte, pulando da raiva para a negação, da aceitação para negociação/barganha, e para a depressão – muitas vezes, sem ordem aparente, e sem sincronia.

A Negação é a recusa em aceitar a realidade e se origina no choque. “Eu não acredito! Você deve estar enganado!” A recusa pode aparecer no

comportamento como procurar várias “segundas” opiniões sobre o diagnóstico, “esquecer” ou recusar tomar o medicamento.

Quando um doente terminal tem ciência do seu diagnóstico, deve haver respeito às suas manifestações de recusa. Não é conveniente forçar uma pessoa que está morrendo a “encarar a realidade” e ao mesmo tempo não mentir. Deve-se reconhecer o querer ou desejo que está por trás da recusa. A autora também coloca que os amigos e a família geralmente se apegam à rejeição mais longamente do que a pessoa que está morrendo. Para BROWN (1995, p.393) “Embora a negação da morte funcione para nos manter inconscientes de sua eventualidade e de seus efeitos, ela na verdade tem uma função positiva nas famílias com doentes terminais, permitindo que elas mantenham a esperança de vida”.

A raiva pode ser sentida pelas pessoas que estão morrendo. O paciente fica com raiva de Deus por deixá-lo ficar doente, dos médicos por não conseguirem encontrar a cura. Independente da direção, a maior parte da raiva será externada sobre aqueles que estão mais próximos e são mais seguros – família e amigos. Frente a tanta ansiedade muitos saem feridos. Deve-se portanto, procurar a causa desta raiva, que tem relação com outras emoções, como: frustrações, ressentimento e medo. A autora descreve que deve-se responder à frustração e não a raiva, mostrando empatia quando suspeita-se que a impotência está por trás do paciente. Identificar as emoções nem sempre é fácil, mas tentar entendê-las torna mais fácil reagir positivamente a raiva.

“A Barganha é a fase de enfrentamento durante a qual a pessoa, à beira da morte, tenta fazer um negócio. Geralmente isso envolve um negócio com Deus ou com a fatalidade: ‘Se eu viver o suficiente para estar presente ao casamento de meu filho, então estarei pronto para morrer’. Se possível, tudo deve ser feito para que os pacientes tenham seus desejos realizados”. (SMELTZER & BARE, 1998, p.113)

Para CALLANAN & KELLY (1994), a negociação muitas vezes parece funcionar, e se um paciente comentar sobre o assunto, devemos ouvir e respeitar e dizer algo como: “Puxa, será ótimo!” ou “Nós ajudaremos do jeito que for possível”.

A Depressão de um paciente terminal cresce independentemente da tristeza. Afirmam as autoras acima, que a tristeza tem dois momentos: choram, lamentam o que já perderam para a doença – saúde, papel dentro da família, emprego, independência – mas também pelo que perderão ao morrer – relações pessoais,

vida, futuro. Ter consciência da proximidade da morte significa abandonar essas possibilidades. E porque são perdidas, elas precisam ser choradas.

Esses pensamentos de tristeza e depressão devem ser respeitados e não desprezados ou diluídos. Tudo que o que fazemos quando eles explicitam seus sentimentos é ouvir. Geralmente não é necessária qualquer resposta – só o esforço de entender e ter empatia com sua tristeza.

A aceitação descrita pelas autoras mencionadas acima, é um sentimento de resignação tranqüila, que geralmente só vem para ficar quando a morte está bem próxima. Quando isso acontece o paciente precisa da presença de pessoas que lhe são importantes. Porém, esta família ou amigos devem ser ajudadas com relação ao sentimento de perda, deixando-os chorar, ouvindo sua tristeza sem julgar e ter empatia com sua dor.

Aceitar a morte realmente é difícil, mas é preciso, pois como diz BIELEMANN (1997, p.112),

“A morte nos faz lembrar que somos simplesmente passageiros de uma viagem que se chama vida, a qual tentamos prolongar ao máximo. No perseguir deste prolongamento, fazemos e buscamos coisas que nos possibilitam continuar como passageiros permanentes desta viagem, mesmo conscientes de sua transitoriedade. Existe um destino, a que todos, sem distinção, têm que chegar. Este chama-se morte. É algo desconhecido, fora do mundo real do ser humano, que o amedronta e do qual procura fugir de seu domínio. Entretanto, mesmo sabendo que a morte é inexorável, o homem trabalha mais com os aspectos do viver, talvez, quem sabe, para aliviar seus temores e angústias frente a esta realidade”.

“A conscientização de que todos morreremos um dia torna o tempo mais precioso. Se cada um de nós viver cada dia, cada semana, cada mês, como se fosse o último, qualquer que fosse o estado da nossa saúde, a qualidade de nossas vidas seria infinitamente mais rica”. (SIMONTON, 1990, p.199)

#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo SILVA e ARRUDA (1993, p.5) citado por RADÜNZ (1994), o marco referencial é definido como um conjunto de pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem.

Os conceitos utilizados neste trabalho foram inspirados em: Horta, Radünz, Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família (GAPEFAM), Simonton e Ávila.

Adotei como modelo assistencial para o desenvolvimento deste trabalho, a teoria de Wanda de Aguiar Horta, das Necessidades Humanas Básicas. Tal teoria surgiu da necessidade de a Enfermagem desenvolver como ciência própria e não como assistente-médico. Então, Wanda desenvolveu uma teoria que explica a natureza da Enfermagem, definindo seu campo de ação específico, sua metodologia científica.

Wanda de Aguiar Horta, idealista, cientista e pioneira na enfermagem brasileira, foi professora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) durante 20 anos. Em 1963 introduziu na disciplina de Fundamentos de Enfermagem, o plano de cuidados. Em 1970, publicou na Revista Brasileira de Enfermagem, o artigo "Contribuições para a teoria sobre a enfermagem". Criou a revista "Enfermagem em Novas Dimensões". Em 1979 teve sua última publicação, o livro "Processo de Enfermagem", que contém a teoria das "Necessidades Humanas Básicas" e sua operacionalização (processo de enfermagem). Em 1982, faleceu após vários anos de sofrimento, com uma doença que a impediu de aperfeiçoar seu trabalho nos últimos anos de vida. Sua obra é considerada um marco na enfermagem brasileira, e vem sendo utilizada até os dias de hoje, pois foi pioneira no Brasil a incentivar a utilização de uma teoria que servisse de guia para o planejamento, direcionamento, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem. (GEORGE, 1993)

A teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), engloba leis gerais que regem os fenômenos universais, tais sejam; lei do equilíbrio, a lei da adaptação e lei do holismo, sendo criada a partir da teoria da motivação humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. (HORTA, 1979)

Utilizou-se a paródia alusiva às etapas do processo de enfermagem segundo Horta, realizada na 7ª fase de enfermagem e no referido trabalho para ilustrar o referencial teórico (**Anexo 1**).

#### 4.1 DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS:

**Ser humano:** “É parte integrante do universo dinâmico e está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio, tendo capacidade de reflexão, dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro. Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade individualidade”. (HORTA 1979, p.28)

**Cliente Oncológico:** “É um ser humano com diagnóstico de câncer e que vem ao serviço de saúde para: 1) início de tratamento quimioterápico; 2) seguimento do protocolo de drogas; 3) controle quando em remissão da doença; 4) reinício do protocolo de drogas, em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário; 5) acompanhamento final de vida”. (RADÜNZ, 1994, p.5)

Na minha opinião, o adulto com diagnóstico de câncer, é um ser livre, indivisível, um ser único que precisa de um cuidado especial. Tem suas características próprias e individuais e vive em sociedade e, neste momento é importante que a família esteja apoiando-o, amando-o, respeitando-o para assim poder desenvolver o seu auto-cuidado e poder interagir de forma eficaz com a enfermeira.

**Enfermagem:** “É a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível,

pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais". (HORTA, 1979, p.29)

### **Enfermeira em Oncologia:**

"É um ser humano possuidor de um "feeling" especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapeuticamente". (RADÜNZ, 1994, p.5)

**Assistir em Enfermagem:** "É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais". (HORTA, 1979, p.30)

**Assistência de Enfermagem:** "É a aplicação, pela(o) enfermeira(o), do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano". (HORTA, 1979, p.36)

**Cuidado de Enfermagem:** "É a ação planejada, deliberada ou automática da enfermeira, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano". (HORTA, 1979, p.36)

Na minha opinião, o cuidado em Oncologia é especial, pois constitui uma experiência de aprendizagem do eu, bem como da outra pessoa envolvida na ação interpessoal. Desenvolvendo juntamente com outras habilidades como conhecimento prático/científico, a educação e a constante interação com o paciente. Procurando atender suas necessidades, estimulando e promovendo o autocuidado, utilizando os recursos da família, sem deixar de considerar a realidade do contexto social na qual está inserida.

**Necessidades Humanas Básicas:** "São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais". (HORTA, 1979, p.39)



**Problema de Enfermagem:** “são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem da enfermeira sua assistência profissional”. (HORTA, 1979, p.39)

**Saúde:** “Estado de equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”. (HORTA, 1979)

**Doença:** “Estado de desequilíbrio”. (HORTA, 1979)

Em relação aos pacientes com diagnóstico de câncer, o processo de saúde e doença requer uma atenção especial, pois esta doença atinge também a família, refletindo diretamente sobre os pacientes. Portanto, a saúde não pode ser vista apenas como ausência da doença. O processo de saúde e doença é contínuo, pois, os pacientes com diagnóstico de câncer podem apresentar um estado de bem-estar, vivendo com qualidade de vida.

**Família:** que segundo o GAPEFAM é entendida como:

“Uma unidade dinâmica construída por pessoas que se percebem como família que convivem por um espaço de tempo, como uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, constituindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de interesse e/ou afetividade. Reafirma a sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família têm direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meio para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver”.

A afirmação acima é confirmada por SIMONTON (1990, p.15) que diz:

“enquanto o paciente com câncer aprende a lutar contra a doença e a lidar melhor com o estresse, a família tem um papel importante: apoiar ou não as mudanças que ocorrem com ele. Enquanto parte do sistema de apoio mais próximo ao paciente, a família é um fator primordial da sua recuperação, seja evitando fatores desnecessários de estresse ou ajudando-o a lidar com ele, para que possa, tranqüilamente, fazer as mudanças necessárias”.

**Morrer:** “O morrer é o processo mais íntimo da existência humana não compartilhado, em que os padrões das atividades físicas e mentais do enfermo decresce continuamente até a sua cessação definitiva, acompanhado pelos familiares e /ou equipe de saúde”. (ÁVILA, 1997, p.22-23)

## 4.2 O PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGUNDO HORTA.

Segundo HORTA (1979, p.35) “O processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

A autora propõe seis fases que são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem.

No presente trabalho foi utilizado a metodologia de assistência de enfermagem do Hospital Universitário, que usa a teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta, e que operacionalizou apenas três das seis fases, já citadas, que são: o histórico, a evolução e a prescrição de enfermagem, utilizando também o sistema de prontuário orientado para o problema, preconizado por Weed.

**Histórico de Enfermagem:** “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano (significativos para a enfermeira) que torna possível a identificação de seus problemas”. (HORTA, 1979, p.41)

**Evolução de Enfermagem:** “relato diário (ou aprazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é preciso avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada”. (HORTA, 1979, p.36)

A evolução é realizada através do método orientado para o problema (sistema Weed) que está fundamentado no método científico. As notas de evolução são divididas em quatro partes, designadas pela sigla SOAP que correspondem a:

**S=** dados subjetivos(informações de pacientes, familiares e amigos);

**O=** dados objetivos(observações clínicas, resultados de exames, cuidados e tratamentos significativos administrados);

**A=** análise de dados(profissional registra sua opinião sobre como definir o problemas, avaliando a conduta adotada);

**P=** plano de tratamento(representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise).

São considerados no plano três partes: coleta de dados adicionais, tratamento e educação do paciente.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 CARACTERÍSTICAS DO LOCAL DE ESTÁGIO**

#### **5.1.1 Clínica Médica Feminina (CMF)**

A CMF contempla uma das unidades de assistência de nível secundário do H.U.. Dispõe de 28 leitos (13 quartos, 2 isolamentos protetores para pacientes neutropênicos, 3 quartos com 4 leitos e 8 quartos de 2 leitos), os quais estão divididos por especialidades, que são: cardiologia, neurologia, pneumologia, clínica médica, reumatologia, nefrologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia e oncologia.

A assistência ao paciente/cliente na unidade é caracterizada por trabalho multidisciplinar e sua realização pressupõe o trabalho em equipe.

A CMF conta com uma equipe de 34 funcionários divididos nas seguintes categorias:

- Enfermeiros: em número de 08;
- Técnicos de Enfermagem: em número de 08;
- Auxiliares de Enfermagem: em número de 13;
- Escriturários: em número de 02;
- Pessoal de serviços gerais: em número de 03.

As escalas dos funcionários para a divisão em turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) é realizado pela enfermeira administrativa do setor, a qual distribui eqüitativamente os dias de folgas e plantões dos funcionários.

Esta clínica distingue-se por ter a maioria dos seus pacientes apresentando doenças crônicas degenerativas, as quais tornam as internações repetitivas e por tempo prolongado.

Sendo assim, a CMF tem como principal finalidade promover cuidado e o bem estar da cliente/paciente e de sua família.

#### **5.1.2 Ambulatório de Quimioterapia**

Este ambulatório localiza-se no andar térreo, próximo ao ambulatório de cardiologia e emergência pediátrica, com o horário de funcionamento das 7:00 às 13:00 horas. A área física é composta por uma sala de preparo das drogas, área de

administração destas, sala de procedimentos, copa, 01 (um) banheiro/ expurgo/ rouparia. O quadro pessoal é composto por 01 (um) enfermeiro, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01(um) técnico de enfermagem e uma bolsista/escriturária.

O preparo da quimioterapia dos pacientes internados, é realizado pelo profissional do Serviço de Quimioterapia em capela de fluxo laminar e encaminhado ao setor de internação em embalagem própria. A administração das medicações dos pacientes internados é realizada pelo pessoal da própria seção de origem (unidades). A administração da medicação de pacientes externos é efetuada pelo pessoal da seção de quimioterapia. No referido ambulatório, são também realizados procedimentos como: biópsia, mielogramas, citogenética e imumofenotipagem.

Finalmente, o ambulatório de quimioterapia tem a finalidade de prestar assistência aos pacientes com diagnóstico de câncer, preparando e administrando medicação (quimioterapia), respeitando as normas e rotinas do setor.

## 5.2 FILOSOFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA CATARINA

Segundo Documentos Básicos do Hospital Universitário de Santa Catarina, a Diretoria de Enfermagem (DE) acredita que:

“01. Todo ser humano tem direito à vida, liberdade, segurança pessoal, igualdade, dignidade e direitos sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política e classe social.

02. A saúde é uma condição de bem estar do ser humano em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com o meio ambiente.

03. A Enfermagem é um serviço prestado ao homem, e assim, a prática da enfermagem é uma arte e o seu exercício exige conhecimentos científicos próprios a serem consolidados e ampliados.

Na atualidade, a natureza deste serviço prestado ao homem é o atendimento de suas necessidades básicas, sempre visando a independência do homem desta assistência, em situações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

04. A Enfermagem, pelas suas características somente poderá ser exercitada em equipe, levando ao compromisso da prática cooperativa na Enfermagem. O enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem deve implementar este sistema cooperativo, através do exercício da liderança autêntica, em que encontra um equilíbrio das ações expressivas e instrumentais de forma deliberada e não automática”.

### 5.3 POLÍTICAS E DIRETRIZES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

#### I. Na Área Assistencial

- Estabelecer o nível qualitativo e quantitativo da assistência de enfermagem a ser prestada.
- Planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem, centrada nas necessidades individuais e coletivas, do indivíduo, família e comunidade;
- Integrar as ações de enfermagem sob o ponto de vista preventivo, curativo e de reabilitação.

#### II. Na Área de Ensino

- Promover condições de treinamento e seleção de todo pessoal a ser admitido;
- Promover condições de reciclagem periódica (educação em serviço) para todo o pessoal;
- Promover condições adequadas para o ensino à nível de:
  - ◆ Formação de auxiliares e técnicos de enfermagem
  - ◆ Graduação em Enfermagem
  - ◆ Pós-Graduação em Enfermagem
- Manter e desenvolver um sistema de integração docente-assistencial na área de Enfermagem;
- Criar condições que favoreçam a constante atualização do pessoal através de cursos e estágios em outras instituições.

### III. Na Área de Administração de Enfermagem

- Estabelecer e desenvolver uma política, para a área de Enfermagem levando em consideração a política de pessoal do Hospital;
- Prover os recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento da assistência de Enfermagem de acordo com o nível estabelecido;
- Manter e favorecer boa comunicação e relacionamento dentro da Enfermagem, implementando o sistema cooperativo de trabalho;
- Manter e favorecer boa comunicação e relacionamento com os demais órgãos da Instituição bem como outros serviços de saúde;
- Avaliar anualmente o desempenho da diretoria de Enfermagem do HU da UFSC.

### IV. Na Área de Pesquisa

- Realizar e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de Enfermagem e colaborar com pesquisas na área da saúde.

### V. Na Área de Extensão

- Programar, desenvolver e avaliar programas de extensão, conforme necessidades sentidas e expressas pela comunidade ou propostos pela DE e que tiverem boa receptividade entre os grupos aos quais se destinam.

## 5.4 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste trabalho, compreende pacientes com diagnóstico de câncer e família da Clínica Médica Feminina, do Ambulatório de Quimioterapia do HU.

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GERAL**

Assistir aos pacientes com diagnóstico de câncer e família da Clínica Médica Feminina e ambulatório de quimioterapia, com base no referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 6.2.1 Aplicar o processo de enfermagem juntamente com as Enfermeiras da unidade, durante a assistência às pacientes e sua famílias.
- 6.2.2 Desenvolver e aprimorar conhecimentos na área de Enfermagem Oncológica.
- 6.2.3 Realizar procedimentos de enfermagem.
- 6.2.4 Participar de eventos e cursos referentes ao tema, no decorrer do estágio.
- 6.2.5 Conhecer instituições de saúde que prestam assistência a clientes com diagnóstico de câncer.
- 6.2.6 Acompanhar os pacientes com diagnóstico de câncer e sua família no ambulatório de Quimioterapia.

## 7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 7.1 Objetivo 1: Aplicar o processo de enfermagem juntamente com as Enfermeiras da unidade, durante a assistência às pacientes e sua família

Realizar este objetivo foi uma tarefa conquistada a cada dia. Os obstáculos apresentavam-se a todo momento. O primeiro deles foi, claro, no primeiro dia, quando deparei-me com a realidade de que, estaria colocando em prática o projeto. Olhava para cima, para baixo, para os lados, e perguntava-me, e agora?

Diante da realidade imposta, a responsabilidade “pesava”, a insegurança e o medo chegaram ao apogeu, e as mãos frias, demonstrando-me que era preciso enfrentar a situação e ir adiante.

Não obstante estava a minha intimidade com a Clínica Médica Feminina, pelo fato de ter realizado vários estágios curriculares (em número de dois, 5ª e 7ª fase) e extracurricular. Outro fator aliado era a supervisora de estágio, que percebendo a minha angústia, conduziu-me para o “início do caminho”. Então, selecionamos as pacientes que apresentavam diagnóstico de câncer e realizamos a visita de enfermagem.

Comecei a perceber que o enfoque das visitas que realizava era diferente das enfermeiras desta unidade, e passei a realizá-las só. Uma das enfermeiras disse-me o seguinte:

*“Eu sei que deveríamos prestar a assistência que você oferece, mas no entanto, não o fazemos, porque aqui a enfermeira tem vários papéis, inclusive de escriturária, outro fator que há, é a quantidade muito grande de pacientes, o que não nos possibilita dar atenção devida a todas”.*

Realmente conseguia compreender esta afirmação, pois a clínica é muito “pesada”, por ser um local de muito trabalho, e a enfermeira é quem fica à frente, respondendo pelas intercorrências da unidade e da assistência de enfermagem.

As atividades diárias eram delimitadas através da passagem de plantão (**Anexo 2**), que fornecia-me informações e prioridades para atuar na assistência dessas pacientes e de suas famílias. Por ser considerada a passagem de plantão mais demorada do hospital, como todos comentam, é fascinante a diversidade de informações que são mencionadas referente as pacientes.



Lembro-me quando a enfermeira, numa passagem de plantão, relatou com detalhes óbito da paciente “Bromélia”:

*“Ela já estava bem dispneica no sábado, no domingo ela piorou, todos da família estavam presentes, pois neste dia era páscoa. Foi uma cena terrível, ela dizia que não ia morrer, e os filhos rezavam para ela ir embora em paz. Suas últimas palavras foram (olhando para o marido): ‘Pai, eu lutei o quanto pude, mas agora não dá mais’. Ninguém queria entrar naquele quarto, após sua morte”.*

O momento foi de desestrutura da equipe, todos demonstraram estarem tristes com o ocorrido. Eu, naquele momento senti vontade de largar tudo e sair correndo, chorar. E chorei quando cheguei em casa, consegui realmente liberar meus sentimentos. Tal reação é explicada, por RADÜNZ (1998, p.64-65), apud REMEN (1998):

*“Sentir tristeza é um modo de cuidar de si mesmo, um antídoto contra o profissionalismo. Os profissionais da área da saúde não choram. Infelizmente. [...] A conclusão é que sentir tristeza não se destina a ajudar algum paciente específico. Sentimos tristeza porque isso nos ajuda. Permite-nos seguir em frente depois da perda. Cura-nos para que sejamos capazes de amar novamente)”.*

A tristeza vivenciada por todos, creio que se justifica pelo fato da paciente e seu esposo acreditarem na recuperação, por estarem sempre com o pensamento positivo, como dizia:

*“Quando recebo quimioterapia não sinto quase nada, eu penso que está entrando saúde. O que realmente tenho medo, é quando eles pegam a veia. Depois de dois ou três dias, sinto o tumor se mexendo (representou com a mão abrindo e fechando), como se ele estivesse diminuindo. Olha o que diz aquela revista.(apontando para mim / **(Anexo 3)**). (“Bromélia”)*

Passado o momento de emoção, a passagem de plantão terminou e realizei as primeiras providências do dia. Prestando assistência integral à paciente “Rosa”, que na noite anterior, apresentou vários episódios de hemoptise e melena. Quando então sua acompanhante (que era sua comadre), chamou-me para fora do quarto e desabafou:

*“Essa noite eu vi muita coisa feia, ela não parava de botar sangue. A mãe dela não vem ficar com ela, porque não tem dinheiro para pagar passagem.*

*Ela que venda alguma coisa, eu vendi dois tapetes da minha casa, porque a gente precisa. Ela também deve vender alguma coisa para ficar com a filha dela. E o marido, que vem um dia e já vai embora. Eu não vou agüentar se eu ver ela indo...(chorou)”*

Em presença de tal situação, aponte o benefício que sua presença causava à paciente, e o que já havia feito por ela, e que se a paciente “fosse” ficaria a certeza de que sua ajuda tinha sido primordial para manter-lhe o conforto. Não deixei de explicar-lhe da importância do revezamento do cuidador, tendo em vista que este tem um grande desgaste emocional e não fica alojado de forma adequada. Realizei então, o contato com a Assistente Social para ajudar-lhe com algum recurso financeiro, esta disse-me que o hospital não dispõe de tal verba para acompanhantes. E, em um dos momentos ao atender o telefone, era por coincidência a tia da “Rosa”, perguntando-me do seu estado de saúde, então falei da real situação, e expus a necessidade da troca do cuidador. No outro dia a mãe e o marido apareceram para visitá-la.

Muitos estudos confirmam que a reação emocional pode disparar um processo fisiológico que aumenta de forma direta nossa susceptibilidade às doenças. Aprender a identificar tal reação é vital, como afirma SIMONTON (1990, P.46-47)

“A partir do momento que a família decide apoiar o empenho do paciente em se curar, é muito importante também que cada pessoa leve em consideração seu próprio bem-estar. [...] Quando há um caso de doença possivelmente fatal na família, todos, não apenas o paciente, precisam de proteção e apoio; caso contrário, podem vir a ficar doentes. [...] A família pode evitar isso modificando lentamente seu estilo de vida e suas prioridades”.

Na verdade a estratégia de buscar um contato maior com a paciente e sua família, desenvolvendo habilidades para a comunicação verbal e não verbal, já acontecia e de maneira muito positiva. Durante uma visita à “Rosa”, quando apresentava uma melhora do quadro clínico, ao adentrar no quarto, sorriu-me e pegou-me a mão e alisou-a. O momento foi de extrema alegria para mim, mostrando a importância da aproximação, do afeto e do olhar olho a olho. Tal situação, é confirmada por SMELTZER & BARE (1998, p.106), que cita:

“A terceira grande necessidade é a da afeição, através da qual o indivíduo estabelece um relacionamento de dar e receber com base no apreço mútuo. [...] A necessidade de afeição geralmente é preenchida pelos membros da família, cônjuges e amigos próximos. A enfermidade ou a hospitalização podem abalar as fontes de apoio. Ser emocionalmente próximos a outro resulta geralmente em confiar as mais íntimas ansiedades, desejos e sentimentos. Os pacientes podem se votar para a enfermeira para compartilhar esses pensamentos, especialmente se não estiver disponível um membro da família ou este estiver demasiadamente ansioso para ouvir”.

Os relatos que se seguem comprovam a veracidade da afirmação acima:

*“Muito obrigada por ajudar a ver minhas filhas, isso me deixou muito feliz. Quando se é de longe e não se tem a família por perto, é muito importante esse apoio. Que Deus te abençoe e que continues a ser uma boa enfermeira” (“Hortência”).*

*“É tão bom alguém vir conversar comigo, meus filhos não vem me ver”. (“Margarida”)*

*“Essa enfermeira é muito boa, ”Orquídea” (referindo-se a paciente do lado) foi ela que segurou a minha mãozinha quando eu fiz a punção da medula óssea”. (“Flor de Maracujá”)*

A empatia acontecia dia após dia, naturalmente (**Anexo 4**). Ao prestar assistência a paciente “Violeta”, com diagnóstico de micose fungóide (um tipo de câncer de pele), impressionei-me com as lesões sangrantes e generalizadas, e pelo fato de ela levar cerca de vinte minutos para levantar-se do leito. Seu relato foi o seguinte:

*“Estou horrível, acho que não vou conseguir escapar dessa.” (“Violeta”)*

Para não desgastar-me emocionalmente neste processo, lembrava-me que CARRARO e RADÜNZ (1996), faziam menção à analogia utilizada por Tschudin (1991) para ilustrar os diferentes componentes que podem estar presentes num relacionamento:

“Se uma pessoa caiu num buraco:  
você pode passar ao lado e nem olhar, ou seja, agir com antipatia;  
você pode entrar junto no buraco e chorar com ela, agindo com simpatia;  
você pode colocar um pé no buraco para ajudar o outro a sair do buraco, agindo com empatia”.

Tendo em vista o objetivo proposto aplicar o processo de enfermagem, encontrei dificuldades para descrever a evolução das pacientes, mas com a ajuda das enfermeiras que ali se encontravam consegui melhorar a cada dia. Lembro-me

da primeira evolução que realizei, uma das enfermeiras corrigiu. Fiquei impressionada, porque havia muitos “riscos”, num sinal de exclusão de dados e muitas informações a acrescentar, percebendo minha aflição a enfermeira então falou:

*“É assim mesmo, no começo erramos muito, mas logo você aprenderá como fazer uma boa evolução”.*

Com o passar do tempo verifiquei que, fui adquirindo meu próprio estilo de descrever as evoluções, e aprendendo com o método utilizado. Conseguindo perceber que aquele momento era de reflexão, colocava então meus conhecimentos em prática, realizando avaliação sobre as informações prestadas pela paciente e pela minha observação. À partir deste ponto, provia a prescrição de enfermagem.

Após prestar assistência de enfermagem, passava plantão das pacientes junto as quais, havia realizado a assistência de enfermagem, para a enfermeira da unidade, com exceção de dois dias que passei plantão de todas as pacientes da unidade para a enfermeira. Foram experiências muito marcantes.

Os registros de enfermagem como o histórico, a evolução e a prescrição, encontram-se no **anexo 5**.

Considero, ter alcançado este objetivo pelo fato de realizar a assistência de enfermagem às pacientes e suas famílias, aplicando a metodologia proposta pela instituição.

## 7.2 Objetivo 2: Desenvolver e aprimorar conhecimentos na área de Enfermagem Oncológica

O objetivo proposto, tinha o intuito de fornecer informações para a prática assistencial e ampliar meus conhecimentos na área de Enfermagem Oncológica, pois como já citado anteriormente, muito pouco nos foi ensinado durante o curso.

A necessidade de uma revisão bibliográfica fez-me buscar incansavelmente “livros” que explicassem as patologias apresentadas pelos pacientes, além de informações que fornecessem subsídios referentes aos sentimentos que o câncer traz consigo, situação da família e tratamento.

Diante de tamanha necessidade, realizei um capítulo que se intitula Revisão Bibliográfica, descrito anteriormente, que aborda questões sobre o câncer como: epidemiologia, fisiopatologia, carcinogênese, função do sistema imune, prevenção, diagnóstico, estadiamento e grau, tratamento, dor, a família e a enfermeira, e o processo da morte.

Surgiu a necessidade de os funcionários de enfermagem saberem sobre as malignidades Hematopoiéticas (**Anexo 6**). Realizei então um resumo e fixei no posto de enfermagem. Antes que realizasse tal tarefa, na passagem de plantão já havia uma funcionária lendo. Foi então que expliquei que eu fiz justamente com esta finalidade e ela ponderou:

*“É, precisamos saber dessas coisas, porque os pacientes que cuidamos tem essas doenças e quase não sabemos nada sobre elas”.*

Como o foco da assistência prestada também era a família, uma das estratégias desse objetivo era a revisão literária sobre a família e suas reações, frente a um ente com diagnóstico de câncer, e então prestar-lhes assistência adequada, oferecendo suporte emocional.

Na viagem que fiz à Curitiba para cumprir o objetivo 5, deparei-me com uma situação inesperada. Fiquei na casa de amigos, um casal com uma filha, que acabavam por descobrir que a mulher estava com câncer de mama. Ela, apesar de saber do propósito de minha ida à Curitiba, não revelou-me absolutamente nada, pelo contrário, demonstrava que nada estava acontecendo. O marido então por se encontrar num momento de angústia, revelou-me a verdade e muitas perguntas me foram feitas.

No decorrer da conversa ele questionava-me sobre a fisiopatologia da doença e possível metástase ganglionar, afirmando que acredita muito nos recursos que a medicina oferece e na cura da doença. O que realmente o incomodava era o fato de ela não falar absolutamente nada sobre o assunto, e de seu isolamento, pois não recebia mais visitas e não atendia mais telefonemas, sempre inventava uma desculpa como: “diz que eu estou tomando banho”. Então expliquei-lhe que ela estava passando por dois períodos que chamamos de Negação e Isolamento, descritos por CALLANAN & KELLEY (1994), apud KÜBLER-ROSS (1969):

A Negação e o isolamento é a recusa em aceitar a realidade se origina no choque. As pessoas se entregam à recusa, quando recebem notícias muito dolorosas de absorver, isto é, nos valem da rejeição para nos proteger, para ganhar tempo, para nos ajustarmos a uma realidade nova e triste.

Também as famílias das pacientes no meu local de estágio, apresentavam reações inesperadas, como nos relatos que se seguem:

*“Eu não sabia que conseguia ser tão forte, não sabia que tinha tanta força, me surpreendi comigo mesma. Já a minha irmã quando ficou sabendo que a mãe estava com câncer, não conseguiu vir embora do trabalho, tiveram que ir buscá-la”. (filha da paciente “Girasol”)*

*“Eu não vim antes porque da última vez que a visitei, fiquei muito chocado com o aumento das lesões. Não comi por 3 dias. Estava muito mal, agora já estou melhor. Tirei férias do meu serviço e vim ficar com ela” (esposo da paciente “Violeta”)*

*“Tenho medo que após a cirurgia o tumor se espalhe. Ela está muito confiante, e acaba dando-me forças, se fosse eu não teria tamanha força. É como se ela estivesse no imenso oceano agarrada num tronco de árvore, como sendo sua salvação”. (esposo da paciente “Camélia”)*

No decorrer do estágio, constatei que a família realmente influenciava na recuperação do paciente oferecendo-lhes cuidados e suporte emocional. O que não esperava encontrar era o paciente prestando conforto a seus familiares.

*“Hoje eu estou muito triste, ela já tentou me animar mas não tem jeito, tem dia que agente tá bom, outros que não queremos falar”. (esposo da paciente “Bromélia”)*

Coube a mim realizar contato com a equipe multidisciplinar, para discutirmos sobre as pacientes que apresentavam diagnóstico de câncer. Faziam parte: a equipe de enfermagem (Enfermeira, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), Nutricionista, Assistente Social, os Residentes e/ou “Staff” e Psicóloga.

[...] A filosofia do trabalho em equipe é a união de todos para um fim comum – assistência ao paciente em toda a sua plenitude de ser humano. Um grupo constitui realmente uma equipe quando todos os seus componentes coparticipam de todo o trabalho, porque o conhecem bem; [...] A filosofia de vida de cada componente da equipe poderá interferir no processo de trabalho, daí a responsabilidade de cada participante estar consciente de seu papel. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995, p.139)

Mantinha contato com a nutricionista pelo fato de o câncer ou o próprio efeito adverso da quimioterapia provocarem principalmente inapetência, diarreia e constipação.

A equipe de enfermagem (**Anexo 7**) era imprescindível, visto que mantinham contato direto com o paciente, obtendo informações diárias sobre os mesmos.

O contato com os médicos também se fazia constante. A paciente “Jasmim” encontrava-se há 3 dias sem dormir, com dores fortes. A medicação prescrita era apenas analgésicos não opióides. Alertei para a necessidade de analgésico opióide e ansiolítico. Após transferência da paciente da clínica médica para a oncologia, as referidas medicações foram prescritas e constatou-se que era uma paciente em cuidados paliativos.

Por considerar a autonomia do paciente um fator primordial em seu tratamento, busquei também alertar o residente da oncologia que a paciente “Jasmim” manifestou o seguinte desejo:

*“Quero ir embora, em casa eu vou conseguir andar, eu sei que não estou bem, e se não tiver mais jeito, eu estou em casa”.*

Realmente restavam-lhe poucos dias de vida, e a resposta do residente era que, em casa a paciente não dispunha de estrutura, contando que a maioria de suas medicações eram por via endovenosa, sendo assim, ela iria então sentir muitas dores e a família já estava preparada para sua morte. Realmente, conversei com seu esposo que disse-me que todos já esperavam sua partida desta vida. Dois dias após a paciente foi a óbito, no hospital.

ROLLAND (1998, p.175) esclarece que:

*“Na fase da partida, o paciente vive em um mundo de preocupações cada vez menores, centradas no controle da dor e do sofrimento e na esperança de ter pessoas significativas ao seu lado em suas últimas horas. A tarefa da família é compartilhar os momentos finais, e então vivenciar a experiência de ter sido deixada para trás”.*

O desejo das pacientes de voltarem para suas casas era sempre muito mencionado. A equipe multidisciplinar discutia a possibilidade de uma licença hospitalar (finais de semana e dias festivos), quando as pacientes apresentavam condições para tal ação.

*“Quando vou para casa não sinto vontade mais de voltar. É na minha família que encontro forças para lutar”. (“Bromélia”)*

*“Já estou 3 meses aqui, não agüento mais, preciso ver meus filhos (chorou)”.*  
(“Rosa”)

O contato com o serviço de psicologia era primordial. Houve uma passagem de plantão em que a enfermeira solicitou a necessidade deste serviço para duas pacientes, uma delas era “Girassol”, que encontrava-se depressiva, a outra era “Orquídea”, que precisava ser preparar para revelação do diagnóstico, visto que, iria receber quimioterapia no dia seguinte.

A paciente “Orquídea” não manifestava aparentemente desejo de saber de sua doença e da gravidade desta. Era uma paciente jovem de apenas 20 anos com Leucemia Mielóide Aguda. Então busquei ajuda do serviço de psicologia, que não atendeu naquele dia, mas que então deu-me alguns caminhos a seguir. A orientação médica era de que eles iriam contar apenas quando ela manifestasse o desejo de saber.

Consegui um contato importante com a psicologia, e por algumas vezes nos reunimos e discutimos sobre as pacientes. Oportunamente assistimos o filme “Minha vida”, que contava a história de um homem que descobriu estar com câncer no momento de sua vida em que ia ser pai pela primeira vez. As discussões giraram em torno do estigma da doença, da delimitação do tempo de vida, como a família fica neste momento, e da questão de revelar ou não o diagnóstico ao paciente.

Havia uma certa preocupação com a questão da revelação do diagnóstico, por saber de sua influência no decorrer da doença. Mas, felizmente surgiu a oportunidade de acompanhar a revelação do diagnóstico realizado pelo médico à



filha da paciente “Girassol”. Quando perguntei à filha o que iria falar a sua mãe, disse que não ia falar a verdade, e de fato o fez, falou que ela tinha uma úlcera no estômago. Todos se abraçaram mãe, filha e esposo e choravam. A filha pediu para eu ficar com sua mãe que ela iria descer (chorava muito).

Passaram-se algumas semanas e a filha de “Girassol” percebeu que sua mãe precisava saber do diagnóstico. Então chamou-me para ajudar a revelar a verdade. Neste dia a paciente havia saído para exame. Chamei o serviço de psicologia que encaminhou um estudante, e juntos abordamos a família. A filha de “Girassol” expressou:

*“Eu prefiro contar aqui dentro do hospital, se eu não falar aqui, e falar em casa, nunca mais ela vai acreditar em nós. Ela me perguntou se tinha alguma coisa ruim, e eu perguntei-lhe se fosse alguma coisa ruim? Ela disse-me que nunca ia perdoar-nos por não terem contado a verdade. Por isso que resolvi tirar esse peso de mim, e também esses dias, quase que eu falei para ela sem querer”.*

Quando a paciente “Girassol” chegou à unidade, estava chorosa e depressiva, pois iria para outro hospital, o CEPON. O técnico de enfermagem que a acompanhou no exame falou-nos que não deveríamos revelar o diagnóstico naquele momento. Então a filha dela falou com o médico, que acompanhava o caso, e este pediu para que a revelação do diagnóstico fosse no CEPON, alegando que lá existia uma estrutura melhor e se o diagnóstico fosse contado nesse momento ela não iria querer realizar o tratamento com quimioterápicos.

Em contrapartida, um paciente do ambulatório de quimioterapia, “Crisante” falou-me:

*“Eu tenho um monte de problema, a médica não fala nada e eu também não pergunto. Eu não preciso saber de nada, assim eu vivo melhor, fico mais feliz e vou até no bailão dançar. Agora se eu soubesse que era uma coisa ruim, iria ficar triste e não querer fazer nada disso”.*

A verdade é que a questão de revelar ou não o diagnóstico diverge entre os profissionais e a família. Acredito que o paciente deve saber de seu diagnóstico quando manifesta tal desejo, em contrapartida, aquele que não pretende saber, deve ser respeitado. Defendo a posição de que enquanto o paciente estiver consciente sobre seus atos, não devemos roubar-lhe sua autonomia, sua liberdade de escolha.

Nós, equipe de saúde, muitas vezes erramos por achar que a doença do paciente é somente de nossa responsabilidade. A família, de outro lado, peca ao tirar o poder de decisão desse paciente, decidindo aquilo que diz respeito a ele.

“A tendência é sempre decidir pelo paciente o que é o melhor, como se ele, por estar gravemente enfermo, tivesse perdido o uso da razão e seu direito inalienável de arbitrar sobre si mesmo. É muito importante parar e perguntar o que ele quer saber. A melhor postura é decidir com o paciente e não por ele”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995, p.138)

Busquei explorar o que a paciente “Girassol” sabia sobre sua doença e para meu espanto ela revelou:

*“Eu acho que o que tenho não é coisa boa, acho que é um câncer”.  
 (“Girassol”)*

Diante de tal afirmação, reagi com empatia procurando seguir o que constava no livro Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995, p.138) que explicava “Como pode o enfermeiro conduzir-se diante das perguntas que lhe são feitas pelo paciente e familiares? Procurar identificar o que eles já sabem; identificar tendências de confrontação ou confirmação de informações; [...] e ouvir, ouvir sempre, estimulando-os a expressarem seus anseios, medos e ansiedades”.

*“Ela não sabe que tem câncer pensa que é hepatite, o médico disse que acha melhor ela não ficar sabendo, ela tem pouco tempo de vida”. (sobrinha da paciente “Jasmim”)*

A responsabilidade da revelação do diagnóstico, cabe ao médico por lei. Por outro lado, citado pelo MINISTÉRIO DE SAÚDE (1995) apud CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA (1989) no Capítulo V, é vetado ao médico: art.59 “Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, prevendo-se, neste caso, que a comunicação seja feita ao seu responsável legal”.

Realizar a revisão de literatura para desenvolver e aprimorar conhecimentos na área de Enfermagem Oncológica, evidencia-me o quanto precisamos estar atualizadas para lidar com novas situações e ir incansavelmente a busca de novas informações. Assim sendo, cumpro o objetivo proposto, mas quero aqui ressaltar, que o conhecimento adquirido impulsiona-me para novas descobertas.

### Objetivo 3: Realizar os procedimentos de enfermagem

No transcorrer do estágio, as Necessidades Humanas Básicas das pacientes se manifestavam, e para atendê-las era necessário realizar os procedimentos de enfermagem. Eu realizava os mesmos com muita atenção e dedicação, preocupando-me com o conforto das pacientes para uma maior qualidade de vida.

Os procedimentos, eram sempre realizados com consentimento das pacientes ou de suas famílias, que muitas vezes por estarem acostumadas com minha presença, pediam para que eu os realizasse.

Durante a prática dos procedimentos, buscava uma interação com as pacientes, agindo com empatia, estando atenta para suas manifestações de dor ou desconforto, mas não apenas as verbais, também as manifestadas através de expressões faciais. Lembrava do proposto por RADÜNZ (1998), que diz ser necessário um certo “feeling” ao enfermeiro em Oncologia, que refere-se a um “tato especial”, um misto de sentimento, compreensão, solidariedade, ternura e intuição.

Quando cito a palavra “feeling”, naturalmente vem-me ao pensamento um turbilhão de experiências vividas nesse curto período de tempo. Existem aquelas que sempre nos marcam, e que por mais simples que pareça para o leitor, para mim representou bagagem para uma vida. Como o exemplo que se segue:

A paciente “Camomila” precisava receber fluidoterapia, apresentando-se porém sem punção periférica. Então, preparei a medicação em soro e o material para realizar tal procedimento. Quando cheguei a seu quarto falou-me:

*“Estou com muito medo, não suporto isso”!*

Expliquei a necessidade de tal procedimento, e ela então aceitou. Só que quando colocava o escalpe próximo de sua mão ela a retirava num movimento involuntário. Foi aí que parei o procedimento e juntas tentamos uma interação maior para que o procedimento a ser feito a deixasse menos ansiosa. Após o procedimento ela falou-me:

*“Menina, não acredito! Não doeu nada! Você conseguiu na primeira vez, os outros ficam me espetando, várias vezes até conseguirem uma veia”.*

Muitos funcionários reclamavam que esta paciente era grosseira, negava alguns procedimentos, mas comigo nunca agiu desta forma, sempre ao ver-me

sorria e logo começava a conversar. E quando havia algum procedimento de enfermagem chamava-me, pedindo para que eu o realizasse.

As experiências nem sempre obtinham sucesso. Havia pacientes que negavam a realização dos procedimentos. Como a paciente “Dália”, que precisava de uma sonda nasogástrica, pois já estava há dias sem comer. Fui com a enfermeira realizar tal procedimento, mas ela em sua plena consciência recusou. Após muita conversa para explicar-lhe a importância, consegui então iniciar o procedimento que não chegou ao final, pois a paciente não suportou e pediu para que parasse. Esta decisão foi respeitada, pois era uma senhora que estava muito dispneica, com poucos dias de vida.

Sentia-me insegura ao realizar alguns procedimentos, e para não submeter a paciente a várias tentativas, pedia a enfermeira que o realizasse. Como aconteceu com a paciente “Cravino”, onde a gasimetria arterial foi solicitada. Ao tentar realizar tal procedimento não consegui sentir seu pulso. Chamei a enfermeira, que realmente confirmou a dificuldade, então esta realizou o procedimento.

Foi solicitado pelo residente uma gasimetria para a paciente “Melissa”. Como sentia-me mais segura realizava alguns procedimentos sozinha, e este foi um deles. Coletei o sangue arterial, com a devida permissão da paciente, levei-o ao laboratório e quando o residente viu o resultado, disse-me:

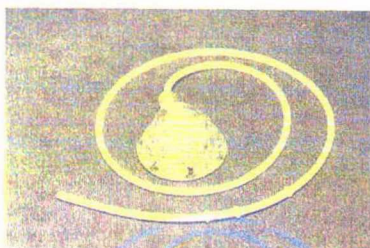
*“Não pode, essa paciente está muito bem, esse sangue é venoso”.*

O procedimento foi então repetido por outra enfermeira, que olhando para a paciente e para o sangue coletado constatou a necessidade de oxigenioterapia. O resultado foi confirmado exatamente igual ao anterior, o que foi comunicado ao residente. Instalei então uma macronebulização nesta mesma paciente.

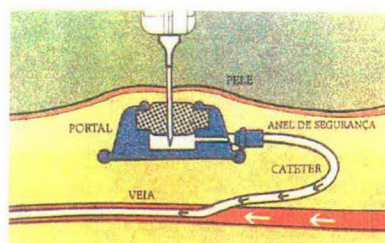
Realizei procedimentos que durante a vida acadêmica ainda não tinha praticado, como passar uma sonda vesical de demora. Neste momento, a enfermeira me acompanhava e por ter experiência e destreza, concedia-me dicas que tornava o procedimento mais simples. Conversei com a paciente durante todo o procedimento, apesar da paciente encontrar-se muito debilitada.

Diante da impossibilidade de seu autocuidado, as pacientes apresentavam-se algumas vezes tão debilitadas, que era preciso realizar o banho de leito. Este por sua vez, proporcionava um maior contato com a paciente, revelando ser um momento também de avaliação de sua pele.

A paciente “Flor de Maracujá” tinha um cateter totalmente implantado ou Port-a-cath. Este constitui-se como sendo catéter de borracha siliconizada cuja extremidade distal se acopla a uma câmara puncionável que deve permanecer embutida no tecido subcutâneo da região torácica, sobre uma protuberância óssea, ligado a uma veia calibrosa (BONASSA, 1992). O procedimento de puncionar tal cateter é função exclusiva da enfermeira, pois a assepsia é rigorosa. Diante da necessidade de puncioná-lo para o recebimento de quimioterapia, realizei tal procedimento com sucesso.



Catéter totalmente implantado



Visão lateral esquemática da punção do Port-a-Cath

Devido ao efeito adverso da quimioterapia, às pacientes apresentavam alopecia. A auto imagem envolvida neste processo é muito forte, pois a mulher valoriza a presença do cabelo, mas o incômodo que a queda provoca fez com que duas pacientes resolvessem cortar seus cabelos. A paciente “Flor de Maracujá”, pediu para que eu raspasse, e assim o fiz. Já a paciente “Rosa”, que tinha os cabelos longos, pediu apenas que cortasse mais curto. Cortei e ela gostou muito.

Cada procedimento realizado representava um momento de interação, empatia e cuidado com a paciente, que tinha sua necessidade humana básica atingida. Sinto imenso prazer em relatar as experiências que as pacientes da CMF, proporcionaram-me no desenvolvimento de tais procedimentos, os quais além dos que já descrevi, cito resumidamente: coleta de sangue para exames, preparo e administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, procedimentos de higiene e conforto, entre outros.

Registro o fato de que os técnicos e auxiliares de enfermagem, participaram do meu processo de aprendizado, prestando-me ajuda e mostrando caminhos diferentes para se realizar alguns procedimentos, inclusive por vezes mais seguros.

Sinto-me realizada por ser tão bem aceita entre as pacientes e por desempenhar tais funções, assim sendo, considero este objetivo cumprido.

#### **7.4 Objetivo 4 : Participar de eventos e cursos referentes ao tema, no decorrer do estágio**

##### **Relatório da Campanha de Prevenção do Câncer de Mama e Colo Uterino**

Aos 07 de maio de 2001, participei da Campanha de Prevenção do Câncer de Mama e Colo Uterino (**Anexo 8**).

A ação foi realizada aproveitando-se a Semana do Dia das Mães, com o propósito da atenção estar voltada às mulheres.

Sendo assim, o Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON, promoveu a campanha Mãe – Prevenir é uma Iniciativa de Amor, que resultaram em ações de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Participaram técnicos do CEPON, das secretarias municipais de saúde de Florianópolis e São José, acadêmicos do curso de enfermagem da UFSC e voluntárias da Rede Feminina de Combate ao Câncer; prestando informações às mulheres e orientando sobre o auto-exame da mama e como fazer o preventivo de câncer.

A ação foi despertada pelas alarmantes estatísticas do Instituto Nacional do Câncer.

As estimativas do INCA – Instituto Nacional de Câncer – indicam que este ano, no Brasil, há previsão de que o câncer de mama matará mais mulheres, num total de 8.670. Para Santa Catarina o INCA estima que 680 mulheres serão atingidas pela doença, e destas, 270 deverão morrer. As estimativas apontam para 16.270 novos casos de câncer de colo uterino em todo Brasil e 3.725 mortes. Para o Estado o Instituto prevê 140 mortes por câncer de colo de útero, representando um índice de mortalidade de 5,11%.

Participei da campanha de Prevenção do Câncer por estar ciente que não basta apenas assistir o paciente quando a doença já está instalada, cabe a nós promover a saúde e prevenir a doença através de ações continuadas.

Vale ressaltar que atualmente, os recursos terapêuticos disponíveis podem levar a cura de pacientes, quando utilizados nas fases iniciais da doença, entretanto, a maioria das mulheres chega aos serviços de saúde na fase sintomática da doença, quando esta já se encontra em fase mais avançada e, portanto, de difícil controle.

O ponto primordial da promoção da saúde é a Educação Continuada, tendo em vista o alto grau de desinformação das mulheres a respeito do auto exame de mama e do exame do preventivo do câncer ginecológico. As informações devem ser divulgadas o mais amplamente possível, de maneira uniforme, acessível e periódica.

A avaliação que faço de minha participação neste evento, é que foi surpreendente fornecer informações a estas mulheres, que nos olhavam de uma maneira que pareciam buscar mais conhecimentos para realizar o seu autocuidado. As perguntas eram constantes, impulsionadas por um momento que foi cultivado para elas mesmas.

O sentimento de estar realizada por participar de uma campanha contra o câncer, e ter contribuído com a sociedade, me impulsiona para novos horizontes, me fazendo acreditar que não basta apenas remediar. O momento é de despertar e realizar cada vez mais educação, proporcionando uma vida mais saudável à sociedade.

O objetivo proposto foi cumprido, justificado pela avaliação que afirmava que o objetivo fosse alcançado se surgissem oportunidades.

## **7.5 Objetivo 5 : Conhecer instituições de saúde que prestam assistência a clientes com diagnóstico de câncer**

### **Visita ao Serviço de Transplante de Medula Óssea do CEPON**

Aos 26 dias do mês de março de 2001, realizei visita ao Transplante de Medula Óssea do CEPON (**Anexo 9**), sendo recebida pela Enfermeira Tânia, chefe desta unidade, que me prestou esclarecimentos pertinentes ao transplante de medula óssea.

A Unidade de Transplante de Medula Óssea é mista porque presta assistência também a pacientes com diagnóstico oncohematológico. Localiza-se no Hospital Celso Ramos em Florianópolis, no 4º andar. É composta de:

- 11 leitos - sendo que 6 estão destinados aos pacientes que apresentam diagnóstico de Leucemia aguda, 4 para os pacientes transplantados e um para reserva técnica - semi-intensivo;
- Numa sala destinada à paramentação dos funcionários e visitas, e à guarda de vestes e materiais dos funcionários;
- sala de reuniões;
- Cozinha - exclusiva para os pacientes desta unidade, com a finalidade de manter melhor desinfecção;
- Uma central de ar condicionado, que oferece um sistema completo de filtragem absoluta e remoção contínua de ar;
- Uma sala para preparação de material, que é lavado e embalado pelos funcionários do setor e esterilizado pelo hospital;
- O posto de enfermagem divide-se em uma sala para preparação de medicamentos, que são preparados em uma cabine de fluxo laminar, para evitar contaminação, sendo que os quimioterápicos são preparados pelo farmacêutico do hospital, como preconiza o regulamento no tratamento dos pacientes oncológicos; e
- Uma sala para descontração dos pacientes.

A inauguração da unidade aconteceu em abril de 1999, e o primeiro transplante foi realizado em junho de 2000. A meta é realizar um transplante ao mês. Até o momento foram realizados 18 transplantes, sendo que 2 em janeiro, 3 em



fevereiro e 3 em março de 2001. O CEPON deseja ultrapassar a sua meta realizando 3 transplantes ao mês.

Há a especificidade de o transplante ser autólogo (a medula ser do próprio paciente). Os diagnósticos dos pacientes para realizar o transplante são: Leucemia Mielóide, Linfoma Hodgkin, Linfoma Não-Hodgkin e Mieloma.

Para receber o transplante de medula óssea, o médico terá que indicar paciente para tal terapêutica, seguindo-se então:

1ª fase - é a da mobilização, quando a coleta da medula é obtida através de aferese que resgata as “*stem cells*”<sup>1</sup> a partir do sangue periférico.

2ª fase – em seguida o paciente vai para a lista única de transplante.

Não houve nenhum óbito pós-transplante. O paciente se recupera em mais ou menos 20 dias após o transplante, e pode receber duas visitas diariamente, durante o tempo de internação.

São ministradas aulas referentes ao transplante todas as últimas quintas feiras do mês. Os residentes realizam um estudo de caso dos pacientes da unidade. Existe uma equipe multiprofissional formada por: enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo e assistente social.

Além do reconhecimento da estrutura física, a enfermeira Tânia esclareceu-me muitas dúvidas e trouxe-me novidades, dentre elas o fato de o transplante neste caso não ser a cura da doença, e que o tratamento que possibilita a cura é a quimioterapia.

Neste primeiro contato com outra instituição consegui perceber a valorização das informações prestadas, bem como conhecer o ambiente de trabalho e a própria assistência a esses pacientes.

Impressionei-me com a organização do serviço, desempenhado pelos profissionais, pelo fato de o ambiente ser tranquilo e muito limpo.

---

<sup>1</sup>“stem cells” – células mãe da medula óssea

A grande diferença que consegui perceber entre a assistência prestada à unidade do TMO – CEPON e a CMF - HU, é que a primeira tem uma estrutura apropriada para este tipo de paciente. Tal constatação se deu em duas situações: a primeira foi quando uma paciente “Orquídea”, apresentava-se plaquetopênica ( $15.000 \text{ mm}^3$  de plaquetas), estava com metrorragia intensa e sangramento gengival. A conduta médica para esta paciente era receber aferese, mas o HEMOSC não dispunha. Foi então conseguido pela médica a medicação para fazer a hemostasia, através do TMO – CEPON.

Outra situação vivenciada que confirma o exposto acima, foi na passagem de plantão da CMF onde a enfermeira que também trabalha no Hospital Celso Ramos, colocou que quando falta material na sua unidade de trabalho, ela desce e pede emprestado no TMO.

A experiência foi enriquecedora, e já consegui colocar em prática no dia seguinte, na CMF o que aprendi no TMO – CEPON, quando passei a visita e a paciente “flor de maracujá”, disse-me que iria realizar o TMO. Estava muito preocupada, pois desconhecia todo o processo. Foi então que lhe esclareci todos os passos e consegui amenizar a situação imposta por um procedimento ainda desconhecido por muitos pacientes, familiares e profissionais.

Em suma, esta experiência proporcionou-me conhecimento de grande valor para o desenvolvimento do trabalho realizado na CMF e no ambulatório de Quimioterapia. Intensificou o meu interesse em saber mais sobre o assunto e ir em busca de outra instituição mais especializada, como o TMO do Hospital de Clínicas de Curitiba.

## Relatório da Visita realizada ao Hospital de Clínicas de Curitiba

### Introdução

Aos 2 (dois) dias de abril de 2001, eu e a enfermeira supervisora Ana Maria Francisco Nunes Mendes, realizamos visita ao Hospital de Clínicas de Curitiba – PR, **(Anexo 10)** situado à rua General Carneiro, 181, Centro.

Objetivamos conhecer a estrutura física e o funcionamento do Serviço de Transplante de Medula Óssea (TMO).

Fomos cordialmente recebidas pela enfermeira Denise Hélia de Lima, responsável pelo setor de Treinamentos do referido serviço, tanto no que tange ao recrutamento quanto à reciclagem e à atualização dos funcionários da Enfermagem atuantes no ambulatório e nas duas unidades de internação (A E B).

Oportunamente numerosas informações verbais foram-nos repassadas tais como: data da implantação e localização do serviço, capacidade de internação, Recursos Humanos, Recursos materiais, Recursos Financeiros, tipos de transplantes, etapas do TMO, equipe multidisciplinar, informações gerais referentes ao período de internação e rotinas da unidade.

Procedemos à visita de todas as áreas físicas envolvidas no tratamento, desde a triagem da emergência até a unidade de internação do pós-transplantado.

Às treze horas e trinta minutos deu-se por encerrada a visita após a entrega de material elaborado pelo TMO e destinado à orientação para internação.

### Serviço de Transplante de Medula Óssea

O serviço de TMO do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná iniciou suas atividades em 1979 sendo pioneiro na América Latina. Está hoje entre os 16 serviços do mundo que realiza mais de 100 procedimentos por ano. Em abril de 1998 foi realizado o milésimo procedimento do Serviço e, atualmente, responde por mais de 40% dos transplantes alogênicos realizados no país. Foi pioneiro também na realização de transplante usando células tronco hematopoéticas obtidas de cordão umbilical e de medula óssea de doador não-aparentado.

É composto pela Unidade de internação, localizada no 15º andar do prédio central do Hospital de Clínicas e pela Unidade Ambulatorial no 4º andar do Anexo B do Hospital de Clínicas. As Unidades de internação funcionam 24 horas ininterruptamente e o ambulatório atende de Segunda à Sexta das 7 às 21:30 horas, sábado, domingos e feriados das 7 às 18:30 horas.

Atende 16 pacientes distribuídos nas alas A com capacidade para 10 leitos e Ala B com 6 leitos. Os pacientes são instalados em enfermarias de dois ou quatro leitos por quarto com um quarto de um leito para casos de isolamento.

A equipe de enfermagem é composta por auxiliares (em número de 23) e técnicos (18) de enfermagem que desempenham as mesmas funções. Às

enfermeiras (48) lotadas nas duas unidades de internação, segundo escala mensal elaborada pela gerente do TMO (Euza Tieme Toyonaga Ortega) compete: 1) prestar assistência integral e executar a metodologia de assistência (adaptada à teoria de Wanda de Aguiar Horta); 2) tarefas inerentes à administração. Os funcionários são divididos 1 por paciente, realizando cuidados integrais e um funcionário só para a medicação.

A enfermeira Denise conta:

“Para se trabalhar aqui é muito difícil, tem que estar centrada nos valores, porque os pacientes chegam bem e passam por momentos delicados, isso deixa os funcionários depressivos. Tínhamos uma psicóloga que trabalhava conosco, mas infelizmente esse trabalho não pôde continuar. A equipe de enfermagem não é unida. São realizados cursos de aperfeiçoamento e no entanto no último só haviam 33% de presença. Fazemos intercâmbio com os Estados Unidos, incentivamos para se fazer pós-graduação e mestrado, entretanto tem pouco profissional pós-graduado, eles tem a visão de gerência, pois aqui é o segundo emprego, é o ‘bico’ “.

No setor de TMO, destinou-se a princípio 4 leitos para pacientes com Falência Medular; todavia pela falta de repasse de verbas, atualmente estão parcialmente inoperantes.

Os Recursos Financeiros são oriundos do convênio com SUS, porém somente dois anos após cada TMO a direção administrativa do Hospital de Clínicas recebe-os e os repassa para toda a instituição resultando em freqüentes e severos déficits. Constata-se a falta de material diário de enfermagem e não raramente de algumas medicações, sobretudo as mais dispendiosas utilizadas em pacientes acometidos pela Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (DECH).

São realizados os dois tipos de Transplantes possíveis: 1) autólogo é aquele em que na fase aplásica o paciente recebe as suas próprias células normais colhidas na fase de remissão da doença; 2) alogênico é aquele cujo doador da medula óssea pode ser aparentado ou desconhecido, desde que sejam compatíveis e saudáveis e inscritos no banco de dados internacional.

Etapas do Transplante de Medula Óssea:

1) Internamento: a recepção do paciente, inclui apresentação da Unidade e do leito, bem como o repasse de informações a respeito das rotinas e procedimentos diários. Muitos pacientes já internam com o catéter de acesso venoso instalado, caso contrário, sua instalação será realizada no dia seguinte à internação ou conforme programação;

- 2) Coleta de Dados: serão coletados exames de rotina e de cultura para possível constatação de germes habituais ou patogênicos. Estes exames serão coletados diariamente ou conforme necessidade;
- 3) Condicionamento: é a fase pré-transplante que consiste na administração de quimioterapia e/ou irradiação que tem por objetivo destruir a medula doente e preparar o “habitat” para a nova medula;
- 4) Transplante: é a infusão da medula do doador no receptor que será administrada via catéter. Durante a infusão da medula será realizado um controle mais rigoroso de sinais vitais. O dia da infusão da medula é denominado o dia 0 (zero);
- 5) Doador: é internado 1 (um) dia antes do transplante da medula óssea. Geralmente adultos, adolescentes e crianças maiores internam no 4º andar central e crianças menores na pediatria (14º andar);

No dia do Transplante, o paciente deverá banhar-se com sabão degermante, antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico (5º andar do prédio central). Após a aspiração da medula óssea, retornará à unidade em que estiver internado, onde será realizado o curativo no local das punções. Deverá receber alta no dia seguinte ao transplante;

- 6) Período Pós-Transplante é a fase pós infusão da medula óssea. Nas duas primeiras semanas o paciente estará sujeito a várias intercorrências como: queda de cabelo, náuseas, vômitos, diarreia, sangramento, lesões na boca, infecções.

Após esta fase, ocorre entre 14 e 25 dias, a “pega” da medula, que é controlado através da contagem de células sangüíneas, pelos exames de sangue coletados. Pode ocorrer a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), isto é, a medula do doador reage contra o receptor, que pode ser controlado com medicamentos;

- 7) Alta Hospitalar: após a recuperação da medula óssea, o paciente recebe alta hospitalar dependendo das condições clínicas, alimentação e os leucócitos em torno de 1.000.

Antes da alta hospitalar o paciente passa por um processo de adaptação durante alguns dias, ou seja, sai para passear à tarde, em torno das 13:00 horas e retorna às 17:30 horas. Neste período recebe as orientações pertinente à alta hospitalar.

Quanto à equipe multidisciplinar o TMO conta com 140 profissionais entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentistas, psicólogos, nutricionistas, administradores, etc, compondo uma equipe multidisciplinar do maior nível técnico e totalmente atualizada nas modernas técnicas de transplante.

Conta com um sistema de ar filtrado sob pressão, o que mantém o ar isento de partículas. Ocupa também o 4º andar do prédio de ambulatório que foi devidamente reformado para o atendimento de pacientes que não mais necessitam de regime de internação.

O TMO é filiado ao *International Bone Marrow Transplantation Registry* – IBMTR, serviço norte-americano que concentra dados estatísticos de todos os serviços de transplante do mundo, além de manter contato freqüente com os grandes centros de transplante tais como St. Jude em Memphis e Freud Hutchinson em Seattle.

Os critérios para ser doador são: idade até 58 anos, não ter alguma doença infecto-contagiosa, números diminuídos de gestação. Vale ressaltar que a tipagem não é limitante. Para o receptor a idade máxima é de 58 anos. Há um risco maior da DECH em doador e receptor de sexos opostos. Cerca de 25 a 30% são doadores aparentados, e os pacientes que não conseguem doador aparentados tem uma chance de ser compatíveis de 90 a 98%; o que diferencia este último é a quantidade de pessoas inscritas no banco de dados. Quando o doador não é aparentado o SUS não paga a busca da medula óssea.

Em 1990, 5.529 transplantes alogênicos foram registrados pelo *International Bone Marrow Transplantation Registry*. O número de transplante autólogos realizados em serviços especializados em transplantes alogênicos foi de 5.154 no mesmo ano. Assim, mais de 10.600 pacientes experimentaram os benefícios dos transplantes de medula óssea em 1990, um número que aumenta em 2.000 pacientes em média a cada ano.

Concluo o relatório desta visita, apresentando a seguir a minha percepção em relação a esta instituição hospitalar.

Quando chegamos no Hospital de Clínicas de Curitiba, surpreendi-me com o tamanho desta instituição. Enquanto visitávamos a estrutura hospitalar com a Enfermeira Denise, olhava atentamente buscando entender onde ficava cada unidade. Impressionei-me com a estrutura ambulatorial deste referido hospital, que

compreendia 4 andares, funcionando 24 horas, feriados e finais de semana, enquanto o nosso ambulatório do Hospital Universitário, ocupa somente uma pequena parte do andar térreo, e só funciona de segunda a sexta.

Em relação à visita ao Serviço de Transplante de Medula Óssea, foi de uma riqueza imensa, pois as informações que nos foram fornecidas, bem como o tratamento que lá recebemos foi de altíssima qualidade.

O conhecimento que esta visita me trouxe foi importante, pois a imagem que fazia de um transplante de medula óssea autogênico, realmente não condizia com a realidade que nos foi mostrada. A estrutura física do local bem como a assistência de enfermagem, fizeram-me perceber que o paciente lá internado, recebia uma inigualável qualidade de assistência.

Lembro-me de uma explicação que a Enfermeira Denise nos forneceu, sobre o balanço hídrico que lá é rigoroso. Houve um espanto por parte da Enfermeira Ana ao ver tamanha precisão do controle hídrico.

No dia 17 de março de 2001, nós alunos, tínhamos que apresentar algum trabalho na disciplina de Enfermagem no Contexto Social IV, para aprendermos técnicas de apresentação oral de trabalhos. Então apresentei sobre o TMO do Hospital de Clínicas em Curitiba; foi surpreendente a reação dos meus colegas de classe e da professora Ilca, que elogiou muito o conteúdo apresentado.

A referida visita além de superar minhas expectativas, proporcionou-me uma manhã “recheada” de informações. Trouxe-me a percepção de que não basta apenas vivenciar o dia-a-dia do estágio proposto pela disciplina da 8ª fase curricular em enfermagem; conhecer outras realidades faz com que reflitamos nossa prática diária e nos tornemos mais críticos. Crítica essa, que nos auxilia a prestar uma assistência de enfermagem com maior qualidade.

## Relatório da visita realizada ao Hospital Erasto Gaertner

### Introdução

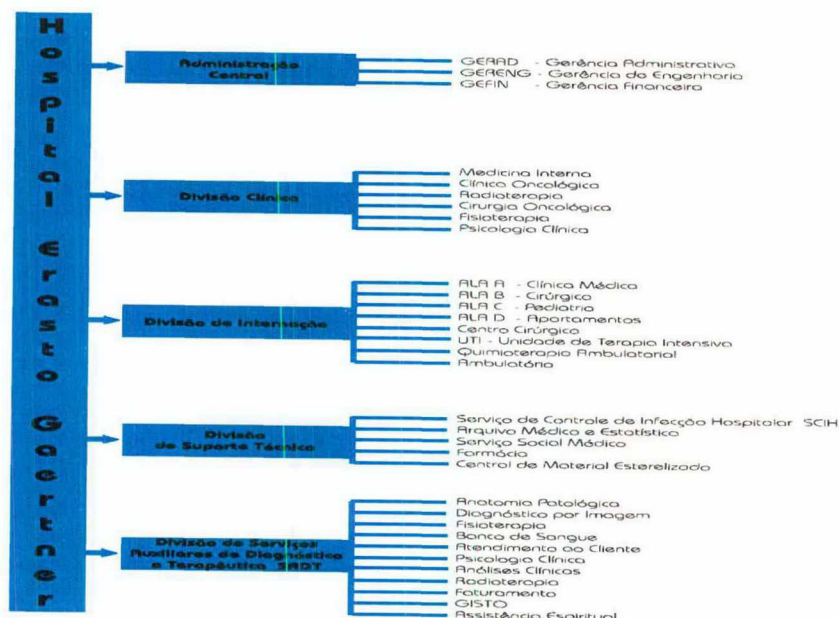
Aos 3 (três) dias de abril de 2001, eu e a enfermeira supervisora Ana Maria Francisco Nunes Mendes, realizamos visita ao Hospital Erasto Gaertner – PR **(Anexo11)**.

Objetivamos conhecer a estrutura física e funcional da instituição.

Fomos cordialmente recebidas pela estudante de enfermagem Keli Patricia Ribas, representando a Enfermeira Kátia Elisa Prus, a qual é supervisora da Unidade de Prevenção e Detecção Precoce – PREDEP.

Oportunamente durante a visita numerosas informações verbais nos foram fornecidas.

Hospital Erasto Gaertner



Fundado em 8 de Novembro de 1972, o Hospital Erasto Gaertner reflete no cotidiano o competente desempenho de suas Divisões Clínica, de Internação, de Suporte Técnico e de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento. Recebe paciente do SUS, Convênio e particulares provenientes de todo país, atingindo um número de atendimento cada vez maior.

Recursos de última geração apoiam profissionais médicos altamente qualificados em diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

Equipes especializadas respondem pelos serviços auxiliares de: Psicologia Clínica, Fisioterapia, Enfermagem, Farmacoterapia, Social Médico, Nutrição e Dietética, Fonoaudiologia, Assistência Espiritual e Cuidados Paliativos.

Objetivando sempre atingir o ideal em termos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, o Hospital Erasto Gaertner, na superação de constantes desafios, atesta seu comprometimento com a qualidade e a evolução científica, dentro dos mais elevados padrões de consciência profissional.



As divisões de internação do Hospital Erasto Gaertner apresentam aproximadamente 118 leitos (sendo divididos para pacientes com convênio, particular e SUS), tem o objetivo específico de atender pacientes com diagnóstico de câncer, relacionado com a área que é discriminada cada divisão de internação.

A equipe de trabalho é composta por: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, que se encontram em todas as Divisões de Internações. A UTI, o Centro Cirúrgico e o serviço de Quimioterapia Ambulatorial dispõem de Médicos Oncologistas (clínicos e cirurgiões) e Hematologistas.

Chamou-me atenção a quantidade de cirurgias que este hospital realiza mensalmente, em média 300, sendo que 21% delas são de pequeno porte; 35%, de médio porte e 44%, de grande porte, apesar de eu não ter subsídios para comparação, contando que o Hospital Universitário não dispõe deste dado compilado, e o CEPON, que é referência no tratamento do câncer, não possui um centro cirúrgico. Dos pacientes submetidos à cirurgia no Hospital Erasto Gaertner, 25% são particulares e conveniados, e 75%, SUS.

O volume de atendimento médio mensal na Quimioterapia Ambulatorial, é de 850 pacientes, nas categorias Particular, Convênio e SUS.

O Ambulatório do Hospital Erasto Gaertner, atende clientes para consultas de todas as especialidades e às emergências médicas dos pacientes já cadastrados. Tem um volume de atendimento médio mensal em torno de 6.500 pacientes, nas categorias Particular, Convênios e SUS.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital Erasto Gaertner é fabuloso, pois a facilidade de se encontrar informações é muito grande, sendo um sistema ágil e bem controlado, ao passo que aqui no Hospital Universitário para eu saber quantos pacientes se internaram no ano 2000, com diagnóstico na Clínica Médica Feminina, precisei procurar prontuário por prontuário.

Este serviço se divide em: cadastro de pacientes, arquivo médico, exames complementares, seguimento ao paciente, registro hospitalar de câncer e assessoria estatística. Graças à tecnologia avançada, a localização de um prontuário é feita através de leitura ótica, facilitando o atendimento da clientela. Com o benefício da informatização sistema em rede, o arquivo médico tem acesso a diversas pesquisas.

O Registro Hospitalar de Câncer, é uma importante fonte de informação a respeito do diagnóstico, tratamento e da evolução dos pacientes atendidos,



tornando-se essencial para análise de dados e publicações científicas de relevo, além de estudar a sobrevida dos pacientes com câncer atendidos e tratados no Hospital Erasto Gaertner.

Isto possibilita um estudo mais detalhado, que aqui no Hospital Universitário ainda não nos é disponibilizado, haja vista que, quando se tem essas informações à disposição, pode-se dar uma qualidade na assistência a esses pacientes, pois se além de sabermos do que a população está adoecendo e do que está morrendo, poderemos caracterizar regiões por incidência de doenças e assim conseguimos prevenir doenças.

O Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico - GISTO, que está inserido na Divisão de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica, é constituído por uma equipe multi e interprofissional formada por médicos, enfermeiras, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, assistente espiritual, voluntárias e supervisor administrativo; presta atendimento domiciliar (em casa) e no Hospital (nos leitos ou ambulatorios), a pacientes fora das possibilidades de recuperação, proporcionando-lhes, assim como a seus familiares, o conforto e a segurança necessários, durante todo o processo da enfermidade.

Nas visitas domiciliares, o sistema de atuação da equipe GISTO - utiliza unidade móvel - além de reduzir significativamente os custos relativos a internamentos, humaniza ainda mais o atendimento através da permanência do paciente em sua residência, sob cuidados dos seus familiares.

O GISTO, parte do princípio que todo enfermo tem, além das necessidades físicas, também necessidades sociais, emocionais, afetivas e espirituais. Além de tratar da dor e outros sintomas, oferece orientação e auxílio para o paciente e sua família.

O GISTO atende em casa para que o paciente permaneça junto aos seus familiares, recebendo o carinho e a atenção das pessoas com quem convive. O paciente só será internado no Hospital quando necessário. A importância dos Cuidados Paliativos devem ser atestadas desde o início da doença.

Quando entramos no hospital observei que existiam numerosas senhoras vestidas com um jaleco rosa. Então perguntei à Keli o que faziam, e respondeu-me que eram voluntárias da Rede Feminina e desenvolvem um trabalho maravilhoso

neste hospital. Realmente percebemos que eram bem atuantes; oportunamente distribuíam bolachas para todos os pacientes e seus familiares.

Outro fator que realmente me chamou a atenção foi que a Keli nos falou que é feito seleção destas voluntárias, e que na última seleção estavam inscritas e participaram da entrevista 125, mas apenas 25 foram selecionadas. Elas têm uma atuação assistencial, educacional e social, somando-se aos profissionais de saúde, para o tratamento e reabilitação de pacientes, agindo com dedicação, carinho e responsabilidade. Solidárias e incansáveis, exercem um trabalho de valor incalculável, em prol da comunidade.

O Instituto de Bioengenharia Erasto Gaertner – IBEG, desenvolve e comercializa próteses, catéteres, instrumentais cirúrgicos e diversos outros produtos com padrão internacional de qualidade (**ANEXO 12**).

Engenheiros e técnicos criam tais produtos, segundo especificações fornecidas pelos médicos e realizam exaustivos testes em convênios com Universidades e Escolas Técnicas com o que propiciam a recuperação funcional e estética de pacientes que estão ou foram submetidos a tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

A comercialização dos produtos do IBEG representa uma das importantes fontes de receita à Liga e tem propiciado conforto e bem estar a inúmeros pacientes no Brasil e países do Cone Sul.

O Centro de Projetos de Ensino e Pesquisa - CEPEP, incentiva e facilita o desenvolvimento de estudos e pesquisas dos profissionais da Instituição, dando-lhes apoio em todo material necessário, bem como realiza eventos científicos para atualização e discussões de novas técnicas para o tratamento do Câncer. Representa um meio efetivo e de fundamental importância para o desenvolvimento e a elaboração de Projetos de Pesquisa.

Mantém, entre outras atividades: Residência Médica em Cirurgia Oncológica, em Oncologia Clínica e em Anatomia Patológica, Cursos de Especialização em Radioterapia, em Fisioterapia Oncológica e em Enfermagem Oncológica.

A Casa de Apoio Lourdes Canet – CALC, atende pacientes procedentes do interior do Paraná, Santa Catarina entre outros Estados, contando, para atingir com



qualificação este alvo, com uma estrutura própria e especializada em hospedagem voltada a pessoas em tratamento médico, familiares e demais hóspedes.

Vejo essa Casa de Apoio como um fator primordial no tratamento desses pacientes internados neste hospital, pela possibilidade de abrigar e evitar o grande desgaste de dormir em uma cadeira, acomodação que estas famílias experimentam no Hospital Universitário. Cito o fato, porque considero a família também como foco de meu trabalho, e acredito que esta faz parte da nossa assistência e que ela transmite confiabilidade e segurança aos pacientes.

O Programa de Prevenção e Detecção Precoce - PREDEP é a Unidade da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, responsável pela Prevenção e Detecção Precoce, viabilizando suas ações através do programa Latinoamérica Contra o Câncer.

O principal objetivo dessas atividades é a promoção da saúde, através da Prevenção e do Diagnóstico Precoce do Câncer contribuindo assim para o bem-estar e também para melhor qualidade de vida da população. As informações, orientações, esclarecimentos e, principalmente a mobilização social ao bem viver, são conduzidas de forma fácil à compreensão da população, que conscientizada, torna-se multiplicadora de conhecimentos, que visam à redução dos índices de câncer, mediante atuação em escolas, indústrias, praças públicas, associações de moradores, instituições de saúde e com a comunidade em geral.

Concluo o relatório desta visita, afirmando que esta nova experiência mostrou-me uma realidade diferente, considerando que o único hospital especializado no tratamento de pacientes oncológicos que já conhecia era o Hospital do CEPON, uma estrutura muito menor se comparada ao Hospital Erastro Gaertner, onde todos os tipos de tratamento são realizados dentro de sua própria área física como o serviço de radiologia, ultrassonografia, tomografias, etc.

Graças à referida visita, consegui perceber que há possibilidade de se desenvolver um trabalho digno na área de oncologia, tão discriminada pela sociedade e pelos próprios profissionais da área da saúde. Ficou bem claro para mim que quando se investe em pessoas e tecnologias, tem-se o devido retorno, obtendo-se no trabalho rapidez, barateamento de custos, e maximização da qualidade.

## Relatório da Visita ao Programa de Internação Domiciliar – PID

### Introdução

Aos 23 de maio de 2001, realizei visita ao Programa de Internação Domiciliar - PID, situado no Centro de Pesquisas Oncológicas (**Anexo 13**).

Objetivei conhecer a estrutura e o funcionamento do Programa de Internação Domiciliar.

Fui cordialmente recebida pela enfermeira Milene Goulart Beck, coordenadora Programa de Internação Domiciliar, que logo apresentou-me a equipe do referido programa.

Oportunamente numerosas informações verbais e escritas sobre o Programa, foram-me repassadas tais como: a meta, objetivo, vantagens, equipe multidisciplinar e critérios de inclusão.

Procedemos à visita domiciliar. A paciente e seus familiares que moravam no bairro do Saco dos Limões, em Florianópolis.

Às dezesseis horas e trinta minutos deu-se por encerrada a visita.

### Programa de Internação Domiciliar - PID

O Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON desenvolve o Programa de Internação Domiciliar – PID desde 1992, proporcionando aos pacientes com doença avançada, o convívio familiar, com assistência continuada por uma equipe multiprofissional, atendendo aos conceitos de segurança e qualidade.

O objetivo do Programa é atender exclusivamente pacientes encaminhados ao Serviço de Cuidados Paliativos, do referido hospital, na modalidade de Atendimento Domiciliar. Proporcionando assistência humanizada e integral, resgatando a relação paciente-família e equipe de saúde, com confiança mútua, repercutindo positivamente na evolução da melhora do paciente.

A meta principal do Programa de Internação Domiciliar, é buscar melhor qualidade de vida possível para os pacientes com câncer avançado fora de possibilidades terapêuticas e seus familiares.



É um serviço de apoio integral ao paciente e sua família, considerando não apenas o paciente receptor de orientação e cuidados, mas também o grupo familiar.

Os pacientes com dificuldades ou restrições à deambulação, que necessitem freqüentemente de atenção no leito, mas cuja intervenção terapêutica não requer internação hospitalar são os que mais se beneficiam com este serviço.

Os critérios para inclusão do paciente no Programa de Internação Domiciliar são:

- ✓ Paciente oncológico do Serviço de Cuidados Paliativos do CEPON, fora de possibilidades terapêutica;
- ✓ Residir na região da Grande Florianópolis;
- ✓ Ter família suportaiva;
- ✓ Sem condições de locomoção ao ambulatório;
- ✓ Internação hospitalar.

As vantagens do cuidado domiciliar são: o paciente dispõe de recursos do meio hospitalar adaptados à sua casa, evitando internações prolongadas e desnecessárias, mantendo-os no aconchego do lar, permitindo receber os cuidados de uma equipe multiprofissional, ter uma relação mais próxima entre o médico, o enfermeiro e a assistente social com o doente, em sua casa e seu círculo familiar, o atendimento multiprofissional permite uma abordagem holística, o que significa ver o paciente através de um aspecto multidimensional e não apenas a doença isolada; este sistema de atendimento reduz o tempo de permanência do paciente nos leitos hospitalares, reduz o próprio número de internações, permite a agilização da altas, resultando em menores gastos para o Sistema Único de Saúde; e tem a finalidade de aumentar o campo de atuação, passando de um atendimento individualizado e fragmentado para uma ação mais ampla, envolvendo a família e seu meio social.

O Programa dispõe de recursos materiais, equipamentos, medicamentos e transporte adequado para a equipe se deslocar na região da Grande Florianópolis, dispensando ao paciente, no conforto do seu domicílio, os mesmos recursos que poderia dispor em meio hospitalar.

A manutenção dos contatos da equipe com a família é de responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Para proporcionar segurança ao grupo familiar o contato é realizado a cada duas vezes na semana, por telefone, com agendamento

de retorno quando necessário, obedecendo o critério máximo de 3 visitas semanais e no mínimo até 15 dias.

Concluo o relatório desta visita, apresentando a seguir a minha percepção.

Ao adentrar na unidade móvel do PID, senti uma imensa satisfação. Considerando que, um dos meus grandes desejos era realizar visitas junto a equipe aos pacientes com diagnóstico de câncer e suas famílias.

Ao chegarmos no domicílio proposto, fomos cordialmente recebidos pela família, e a paciente encontrava-se deitada em seu leito. Foram apresentadas as novas pessoas que estavam compondo a equipe e então partiu-se para a consulta propriamente dita. A paciente e seus familiares colocaram suas necessidades humanas básicas afetadas, e os profissionais deram sua contribuição através de palavras, procedimentos e medicamentos.

Notei o quanto a paciente se importava com o nosso bem estar, pedindo a todo o momento para que sua filha “passasse um cafezinho”. Então, todos nós saboreamos de seu café, deixando-a realizada.

A reflexão que faço desta visita domiciliar, é de apenas existirem aspectos positivos nessa forma de modalidade terapêutica, além de reforçar o trabalho que desenvolvi, em que as famílias se inserem na assistência ao paciente. Vejo no cuidado domiciliar, uma alternativa para todos os hospitais que tratem de doentes terminais, não só os pacientes com diagnóstico de câncer. Visto que há uma redução no custo das internações e principalmente por satisfazer a vontade do paciente e de sua família, proporcionando facilidades e um envolvimento emocional de ambas as partes no final da vida do paciente fora de possibilidades terapêuticas.



## 7.6 Objetivo 6: Acompanhar os pacientes com diagnóstico de câncer e sua família no Ambulatório de Quimioterapia

O Ambulatório de Quimioterapia era um local no qual não havia realizado estágios, mas apresentava-se como um ambiente familiar. A equipe era composta por dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira, que tornavam as manhãs de trabalho muito diferente do que já havia visto. A alegria predominava no ambiente e os pacientes eram tratados com muito carinho e sorrisos, e respondiam com o mesmo afeto.

Muitos pacientes realizavam quimioterapia há anos, eram velhos conhecidos da equipe, mostrando intimidades e confiança no trabalho desenvolvido. A intimidade era tamanha que por vezes sentia dificuldade em prestar assistência aos pacientes. Mas, com a convivência e com o incentivo dos profissionais, fui conquistando o meu espaço junto aos pacientes e ganhando liberdade para minha atuação.

As rotinas do setor e o manuseio com os quimioterápicos foram-me repassados detalhadamente e com muita cautela. Comecei a preparar quimioterapia no terceiro dia de estágio neste local. Sentia muito medo em preparar tais medicações, pela quimioterapia ter efeitos mutagênicos, carcinogênicos e teratogênicos.

A manipulação dos quimioterápicos era realizado em capela de fluxo laminar, com os devidos equipamentos de proteção individual. Valendo-me dos recursos oferecidos, o medo foi sendo substituído pela segurança. O procedimento exigia: rigorosa e absoluta técnica asséptica; cálculo da dosagem a ser usada; e recipientes e equipos especiais para quimioterápicos fotosensíveis. Tais cuidados tem o interesse de garantir não só a segurança do paciente mas também a do operador.

Com a finalidade de reciclar os conhecimentos dos profissionais que manipulam e administram quimioterápicos, reavaliando a rotina de trabalho, construí um “folder” intitulado “Segurança no Trabalho, Manuseio de Quimioterápicos”, que aborda aspectos sobre administração da droga, cuidados com excretas e roupas contaminadas e acidentes (**Anexo 14**). Proporcionei esta atividade, por estar ciente que a educação é umas das maiores aliadas na prevenção dos riscos ocupacionais.



Considero este objetivo realizado, por ter alcançado as estratégias propostas.

### **Atividade Realizada e não Proposta no Projeto**

#### **Avaliação dos Dados Epidemiológicos de Câncer na Clínica Médica Feminina**

Ao refletir sobre a assistência de Enfermagem às pacientes com diagnóstico de câncer e suas famílias na CMF, detectei a necessidade de realizar um estudo para avaliar a situação epidemiológica.

Em pesquisa no banco de dados do SAME e livro de registro de internação das pacientes da CMF, foi identificado que no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001, foram internadas 1.190 pacientes, destas 82 tinham diagnóstico de câncer, o que corresponde a 6,9% do total das internações.

Com os referidos dados quero chamar a atenção dos acadêmicos de enfermagem, dizer-lhes que a CMF é um local rico para trabalhar com pacientes oncológicos. Digo isto, porque o Hospital Universitário por não ser especializado no tratamento do câncer, muitas vezes não é escolhido pelos estudantes quando buscam campo de estágio, principalmente de 8ª fase.

Outro motivo que levou-me a realizar o estudo, foi o fato de que medidas urgentes devam ser criadas, como o controle da dor oncológica, tratamento com quimioterapias, com horários rigorosos entre a preparação e a administração, assistência à família, entre outros.

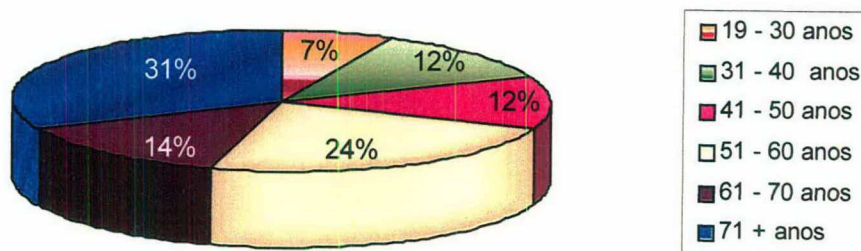
TABELA 5 – Distribuição das pacientes com diagnóstico de câncer, por faixa etária, internadas na CMF, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001

Faixa Etária	Frequência	%
19 - 30 anos	4	6,8
31 - 40 anos	7	11,9
41 - 50 anos	7	11,9
51 - 60 anos	14	23,7
61 - 70 anos	8	13,5
71 + anos	19	32,2
Total	*59	100

FONTE: SAME e livro de registro de internações da CMF

NOTA: \*Nº de pacientes sem considerar as reinternações

Gráfico 1 - Distribuição das Pacientes com Diagnóstico de Câncer, por Faixa Etária, Internadas na CMF, no Período de 3 de Janeiro de 2000 a 18 de Abril de 2001.



FONTE: SAME e livro de registro de internações da CMF

NOTA: \*Nº de pacientes sem considerar as reinternações

Através da Tabela 5, observa-se que o maior número de internações por câncer na CMF, ocorreu em mulheres com + 71 anos de idade, correspondendo a 31%, seguido da faixa etária de 51 – 60 anos, com 24% e de 61 – 70 anos 14%. Com os referidos dados, chamo atenção que a incidência de câncer aumenta justamente na idade em que a expectativa de vida também aumenta (expectativa de vida é maior do que 70 anos). A redução das taxas de natalidade e das de mortalidade em idades prematuras contribui para a mudança na estrutura etária da população, tornando-a mais velha, do ponto de vista demográfico. (Copyright 1996-2001 INCA – Ministério da Saúde)

“A demonstração do envelhecimento da população brasileira pode ser retratada na tabela abaixo, onde se nota que, entre 1940 e 1991, a participação dos menores de 15 anos caiu, enquanto o contingente de indivíduos de 35 a 64 anos aumentou. Neste intervalo de tempo, a população chamada terceira idade (65 e mais anos) praticamente duplicou sua proporção. Assim, progressivamente, aumenta o número de pessoas que passam a compor as faixas etárias que apresentam risco de desenvolver câncer [grifo meu]”. (Copyright 1996-2001 INCA – Ministério da Saúde)



TABELA 6 - Composição etária relativa (%) nos censos demográficos brasileiros de 1940 a 1991

Faixa Etária	Ano / População %					
	1940	1950	1960	1970	1980	1991
0 - 14	42,57	41,73	42,60	42,01	37,36	34,80
15 - 34	34,38	34,38	33,03	32,97	35,71	35,50
35 - 64	20,59	21,16	21,47	21,68	22,56	24,09
65 +	2,38	2,43	2,74	3,14	4,31	4,90
Ign.	0,08	0,30	0,16	0,20	0,06	0,00

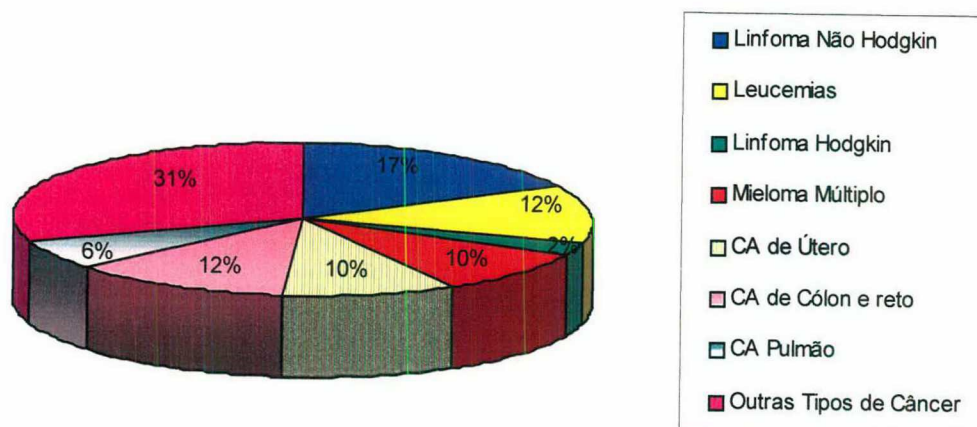
FONTE: IBGE – 1996, Texto retirado da publicação “O Problema do Câncer no Brasil”

TABELA 7 – Frequência das internações por câncer, na CMF, por diagnóstico estabelecido, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001

Diagnóstico Estabelecido	Frequência	%
Linfoma Não Hodgkin	14	17,1
Leucemias	10	12,2
Linfoma Hodgkin	2	2,4
Mieloma Múltiplo	8	9,8
CA de Útero	8	9,8
CA de Cólon e reto	10	12,2
CA Pulmão	05	6,1
Outras Tipos de Câncer	25	30,5
Total	82	100

FONTE: SAME e livro de registro de internações da CMF

Gráfico 2 - Frequência das internações por câncer, na CMF, por diagnóstico estabelecido, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001



FONTE: SAME e livro de registro de internações da CMF

Com os dados da Tabela 7, posso inferir que entre as internações por câncer, 41,5% correspondem as doenças hematológicas, e destas, o maior percentual foi para Linfoma Não Hodgkin. Em segundo vem o diagnóstico de CA de Cólon e reto, com 12,2% do total de internações por diagnóstico de câncer. Deduz-se também que o maior número de internações por câncer na CMF, foi devido às doenças hematológicas, pois há uma maior disponibilidade de leitos para esta especialidade (concentrando então este tipo de câncer).

Avaliando os dados de alta/óbito, no período de 3 de janeiro de 2000 a 18 de abril de 2001, verifiquei que do total de internações por câncer, 65,4% obtiveram alta, 12,3% foram a óbito, 13,6% tiveram outros encaminhamentos (transferências internas e transferências externas) e 8,6% eram dados ignorados.

Considerando que do total de pacientes na CMF, no período estudado, onde 12,3% foram a óbito, resulta a informação que derruba o estigma de que diagnóstico de câncer é igual à morte.

TABELA 8 - Pacientes que internaram na Clínica Médica Feminina no período de 3 Janeiro de 2000 a 18 abril de 2001




Idade	Diagnóstico Inicial	Diagnóstico estabelecido	Internação	Alta/Óbito
46	vômitos a esclarecer	Tumor de Cólon	20/10/00	Alta 25/10/00
46	melena	Tumor de Cólon	30/10/00	UTI 2/11/00
21	Linfoma Não Hodgkin	Linfoma Não Hodgkin	03/01/01	HGCR 9/1/01
36	HDB	Câncer de útero	24/05/00	Alta 9/6/00
75	Câncer de Cólon	Câncer de Cólon	15/03/01	UIC 3/4/01
75	câncer de útero	câncer de útero	24/11/00	Alta 01/12/00
35	Hepatomegalia a esc.	Câncer de mama e meta hepática	12/03/01	Óbito 29/03/01
53	Alarga II mediastinal a esc.	Linfoma Hodgkin recidiva	26/06/01	Alta 4/7/00
80	TU SUC	Tumor de cérebro	03/08/00	Alta 14/8/00
80	TU de Cérebro +AR+PNM	Tumor de cérebro	06/09/00	Alta 2/10/00
68	Carcinoma a esclarecer	CA de útero invasão de reto, bexiga e perit	20/09/00	Óbito 15/10/00
90	CA de útero + Ovário	CA de útero + Ovário	15/01/01	Alta 23/01/01
81	Massa abdominal a esclarecer	Lipoma região inguinal	19/02/01	Alta 06/3/01
56	dor abdominal a esclarecer	linfoma Hodgkin recidiva	14/06/00	Alta 5/7/00
80	Carcinomatose peritoneal	Carcinomatose peritoneal + tumor mucinoso	22/01/00	Alta 13/03/00
58	Leucemia Mielóide	LLM, LL subaguda	03/04/00	Alta 24/4/00
58	Leucemia Linfóide Aguda	Leucemia Linfóide Crônica	22/05/00	Óbito 29/6/00
19	Timoma maligno	Timoma maligno	03/01/00	Alta 17/1/00
19	Timoma maligno	Timoma maligno	17/03/00	Alta
19	TU de Pulmão	Timoma maligno	28/04/00	Alta 5/5/00
35	Cefaléia a esclarecer	Neo Maligna de Talâmo	19/02/00	HRCR 20/03/00
72	Diarréia	Neo Maligna de Ânus	21/09/00	UIC 26/9/00
56	CA de cólon	CA de cólon	28/12/00	UIC 15/01/01
78	nódulo pulmonar	neo maligna de peritônio + ovário	03/10/00	Alta 25/10/00
71	dor abdominal a esclarecer	Carcinomatose	09/01/01	Alta 30/01/01
74	Tumor de tireóide	CA Tieóide + meta de pulmão	23/03/01	Alta 27/3/01
28	Linfoma Não Hodgkin residivado	Linfoma Não Hodgkin residivado	27/12/00	Alta 08/02/01
73	Ascite a esclarecer	CA de Ovário + Carcinomatose Peritoneal	14/04/01	
86	Síndrome Consumitiva	Neo Maligna de Sigmóide	04/02/00	
86	Adenocarcinoma sigmóide obstru	Neo Maligna de Sigmóide	14/09/00	Óbito 20/09/00
45	Linfoma Não Hodgkin	Linfoma Não Hodgkin	14/02/01	Alta 21/2/01
45	Linfoma Não Hodgkin	Linfoma Não Hodgkin	13/03/01	Alta 19/3/01





Idade	Diagnóstico Inicial	Diagnóstico final	Internação	Alta/Óbito
45	Linfoma Não Hodgkin	Linfoma Não Hodgkin	19/03/01	
28	Neoplasia medular	Neoplasia medular	14/04/01	internada
56	Abdomem Agudo Obstrutivo	CA de Sigmóide	25/10/00	emer 27/10/00
27	Leucemia Mielóide Aguda	Leucemia Mielóide Aguda	09/02/01	Alta 2/3/01
27	Leucemia Mielóide Aguda	Leucemia Mielóide Aguda	12/03/01	UTI 30/03/01
27	Leucemia Mielóide Aguda	Leucemia Mielóide Aguda	11/04/01	
76	Ascite a esclarecer	Adenocarcinoma de origem indeterminada	29/09/00	Alta 18/10/00
41	CA de útero	CA de útero	08/01/01	Alta 12/01/01
35	Leucemia Mielóide Aguda	Leucemia Mielóide Aguda	09/01/01	UTI 6/2/01
65	CA de útero	CA de útero	29/12/00	Alta 29/1/01
56	Linfoma Não Hodgkin + Asma	Linfoma Não Hodgkin + Asma	20/03/01	Alta 03/04/01
44	Adenocarcinoma metastático	Neo Maligno de Pulmão	06/08/00	Alta 25/8/00
33	Linfoma	Linfoma + Carcinomatose + meta de medias	08/09/00	Óbito 23/1/00
65	Nódulo pulmonares a esclarecer	CA de Pulmão + Carcinomatose cel. Basais	25/09/00	Alta 23/10/00
65	CA Pulmonar + meta cerebral	CA Pulmonar + meta cerebral	06/11/00	Alta 23/4/00
43	LNH p/ QT	LNH	09/11/00	Alta 16/11/00
43	LNH	LNH	12/12/00	Alta 24/12/00
43	LNH	LNH	17/01/01	Óbito 2/2/01
58	CA de cólon	CA de cólon	28/11/00	Alta 23/12/00
72	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	03/01/00	Alta 12/01/00
72	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	18/02/00	Alta 24/2/00
72	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo		Óbito 17/8/00
68	Suspeita de CA Intestinal	CA de Cólon Transversal	29/01/00	UIC 4/3/01
59	Leucemia Linfocítica Crônica	Leucemia Linfocítica Crônica	01/02/00	Alta 29/3/00
70	Linfoma Não Hodgkin	Linfoma Não Hodgkin	10/02/00	Alta 23/2/00
75	Leucemia Linfocítica Aguda	Leucemia Linfocítica Aguda	14/02/00	Alta 24/4/00
43	Hemotemese + enterorragia	CA Papilífero de Tieóide	15/07/00	Alta 18/07/00
58	LLC + Queda do estado geral	Leucemia Linfocítica Crônica	12/01/00	Alta 28/1/00
56	Derrame Pleural a esclarecer	Linfoma não Hodgkin		Alta 3/2/00
56	Anemia	Linfoma não Hodgkin	12/02/00	Alta 17/03/00
56	Anemia	Linfoma não Hodgkin	07/07/00	UTI 26/7/00
74	Angina	CA Gástrico	17/07/00	Alta 21/07/00
77	CA Hepático	CA Hepático	12/02/01	Alta 24/2/01
77	CA Hepático	CA Hepático	01/03/01	Óbito 3/3/01
51	Leucemia Linfocítica Aguda	Leucemia Linfocítica Aguda	10/03/00	Alta 3/4/00
75	CA de esôfago	CA de esôfago	07/02/01	Óbito 2/3/01
69	Hiperemia + edema de Hemiface	Tumor no Cérebro	26/07/00	Alta 24/8/00
65	CA Gástrico recidiva	CA Gástrico + carcinomatose metastática	11/08/00	Alta 24/8/00
34	Anemia + dor secundária a neo	CA de Útero	08/11/00	Alta 6/12/00
42	LNH	LNH		Alta 25/7/00
54		CA de Pulmão	20/03/00	Alta 7/4/00
54	CA de Pulmão	CA de Pulmão	27/09/00	Óbito 7/10/00
52	Pancitopênia	Melanoma Metastático SNC e pulmão	19/10/00	Alta 26/10/00
55	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	19/06/00	
55	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	17/07/00	Alta 20/7/00
55	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	21/08/00	
55	Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo	09/04/01	
53	TU Cerebelar	TU Cerebelar	03/04/00	Alta 6/4/00
88	CA útero + meta Baço e Pulmão	CA útero + meta Baço e Pulmão	05/11/00	Alta 14/11/00
74	Metástase (?) Mieloma Múltiplo	Mieloma Múltiplo		Alta 20/7/00

8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	Atividades	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
M A R Ç O	Apresentação da Disciplina	🌙				👤																											
	Encontro do Interfases																																
	Encontro com Orientadora																																
	Encontro com Supervisora																																
	Reunião com Supervisoras																																
	Entrega dos Projetos a Banca Examinadora																			📁													
	Entrevista com as Bancas Examinadora																					👁											
	Apresentação do Projeto																						👄										
	Início do Estágio																																
	Execução do Projeto																											😊	😊	😊			
A B R	Ambulatório de Quimioterapia																																
	Transplante de Medula Óssea CEPON																																
	Visita ao Hospital da Clínicas Curitiba		👤	👤	👤																											👤	
	Execução do Projeto					❤️	😊																					😊					
	Encontro com Orientadora																																
M A I O	Encontro com Supervisora																																
	Execução do Projeto		❤️	❤️	😊																									😊	❤️	❤️	
	Campanha de Prevenção do Câncer							👤																									
	Visita ao PID - CEPON																																
	Encontro com Orientadora																																
J U N H O	Encontro com Supervisora																																
	Compartilhar experiência de estágio							👤																									
	Término do estágio		M																														
	Entrega do relatório a Banca (1ª versão)																																
	Entrevista com as Bancas examinadoras																																
J U L H O	Apresentação dos relatórios																																
	Apresentação dos relatórios			👤																										👤			
	Entrega do Relatório Final(versão final)													📁																			
O	Entrega das notas à coordenação da fase													👤																			

 Enfermeira Terezinha – Ambulatório de Quimioterapia HU - das 7 às 12  
 Enfermeira Alda – Clínica Médica Feminina – das 13 às 19:30 horas  
 Enfermeira Ana - Clínica Médica Feminina – das 7 às 12

 Carga horária: 20 horas  
 Carga horária: 5 horas  
Total: 44 dias e 270 horas



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assistir às pacientes com diagnóstico de câncer e sua família foi uma experiência valiosa. Percebi que o paciente e sua família buscavam mais do que um cuidado, buscavam carinho, atenção e muita informação.

Ficou evidente que é imprescindível considerar e incluir a família na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, pois a enfermeira pode ajudá-la a manter esperança, mesmo sem saber qual será o resultado final. Considerando que, ela também é afetada na sua dinâmica, e ao tornar-se vulnerável, emerge junto com o paciente como unidade de cuidado. A interação entre a família e os profissionais neste sistema é de vital importância para o êxito na melhoria das condições de saúde e na qualidade de vida do paciente.

O referido trabalho, mostrou como é possível prestar assistência ao paciente com diagnóstico de câncer, e a forma como essa assistência pode ser determinante para o resultado final da doença, utilizando recursos que manifestassem a expressão livre e aberta das emoções destes pacientes e do próprio profissional.

Destaco, a importância da utilização da empatia para um relacionamento terapêutico com o paciente, o que evita o meu desgaste enquanto profissional. Em conjunto com a empatia, busquei também, incentivar a autonomia do paciente.

Ao refletir sobre a equipe multidisciplinar, percebi a tamanha importância da mesma na assistência aos pacientes e suas famílias, verificando que cada membro que a compõe, tem seu papel e sua importância. Quero chamar a atenção dos acadêmicos de enfermagem, dizer-lhes que a CMF é um local rico para trabalhar com pacientes oncológicos. Digo isto, porque o Hospital Universitário por não ser especializado no tratamento do câncer, muitas vezes não é escolhido pelos estudantes quando buscam campo de estágio, principalmente de 8ª fase.

Por outro lado, descobri que conhecer outras instituições de saúde nos leva a um olhar mais crítico. Tal ação, possibilitou-me perceber que há condições de desenvolver um trabalho de qualidade na área de oncologia, tão discriminada pela sociedade e pelos próprios profissionais da área da saúde. Assim sendo, chamo atenção para que os acadêmicos e profissionais de enfermagem, invistam na idéia de conhecer outras instituições de saúde. Afirmando-lhes, que vale a pena.

O significado da assistência de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de câncer e sua família, revelou-me a magia do contato com o paciente e sua família, proporcionando-lhes formas de ajudá-los a conviver com sua doença e adaptar-se às mudanças de hábitos de vida.



## 10 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALTHOFF, Coleta Rinaldi, et. Al. Família: O Foco de Cuidado na Enfermagem. In: *Texto & Contexto: Enfermagem UFSC*. Florianópolis, v.7,n.2, p.322, mai./ago. 1998.

ÁVILA, Luciana M. da R. Uma Abordagem interacionista e de autocuidado para a sistematização da assistência de enfermagem do CEPON. Florianópolis: UFSC, 1997. p.22-23. Monografia de Conclusão de Curso de Especialização em Projetos Assistenciais – ESPENSUL, REPENSUL, UFSC

BIELEMANN, Valquíria de Loutes Machado. O ser com câncer: uma experiência em família. Florianópolis, 1997. 160f.. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BONASSA, Edva Moreno Aguilar. *Enfermagem em Quimioterapia*. São Paulo: Atheneu, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. *Ações de Enfermagem para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995.

BROWN, Fredda Herz. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: CARTNER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. P.393-412.

CALLANAN, Maggie; KELLEY, Patricia. *Gestos Finais : como compreender as mensagens, as necessidades e a condição especial das pessoas que estão morrendo*. São Paulo: Nobel 1994.

CAMPEDELLI, Maria Coeli (org.) et. al. *Processo de enfermagem na prática*. São Paulo: ática, 1989.

CARRARO, Telma E.; RADÜNZ, Vera. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba, v.1, n.2, p.50-52, jul./dez. 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SC. *Código de ética de enfermagem*. 2. Ed. Florianópolis 1998.

CRISTOFOLINI, Cassia. *Segurança no Trabalho: Manuseio de Drogas Citotóxicas*. Florianópolis, 1998. Monografia - Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, Universidade Federal de Santa Catarina.

ELSEN, Ingrid, et. al. *Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família (GAPEFAM)*. Universidade Federal de Santa Catarina, 1985.

GEORGE, Julia, et al. *Teorias de enfermagem – os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Ed. Ares Médica, 1993.

GIGLIO, Auro del. *Câncer: Introdução ao seu estudo e Tratamento*. São Paulo: Pioneira, 1999.

GUTIERREZ, Maria Gabi Rivero de; CASTRO, Rosa Aparecida Pimenta; AGUINAGA, Stella. O ensino da cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem: por que e para que? *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 39, p.11-20, jan./mar. 1993.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. Colaboração de Brígida E. P. Castellanos. São Paulo: EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. *Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco*. Rio de Janeiro, 1996

RADÜNZ, Vera. *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o “self” do Cliente Oncológico e o “self” da enfermeira*. Goiania: AB, 1998.

\_\_\_\_\_. *Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout*. Florianópolis, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ROLLAND, John S. Ajudando famílias com perdas antecipadas. In: WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p.166-184.

SCHWARTSMANN, Gilberto ... [et al.]. *Oncologia Clínica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SILVA, Alcione Leite; ARRUDA, Eloita Neves. *Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem*. 1993. (mimeogr.).

SIMONTON, Stephanie Matthews. *Família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença*. Tradução: Heloisa Costa. São Paulo: Summus, 1990.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Sub-Diretoria de Enfermagem. *Documentos Básicos*. Florianópolis, 1980.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Mônica. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Tradução: Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artimed, 1998.

[www.rssbcancer.org.br](http://www.rssbcancer.org.br)

[www.lpccnet.org.br](http://www.lpccnet.org.br)

[www.inca.org.br](http://www.inca.org.br)

Copyright 1996-2001 INCA – Ministério da Saúde

<http://smjack.virtualave.net/trab/cancer.htm>

[inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/](http://inca.org.br/epidemiologia/estimativa2000/)

[www.inca.org.br/cancer/cancer.html](http://www.inca.org.br/cancer/cancer.html)

# ANEXO 1

Paródia alusiva às etapas do processo de enfermagem segundo Horta, realizada na 7ª fase de enfermagem e usado nesse trabalho para ilustrar o referencial teórico

## **WANDA VENENO**

MEIA NOITE NO MEU QUARTO  
ELA VAI SUGIR  
OUÇO PASOS NA ESCADA  
VEJO A PORTA ABRIR  
ESTOU CHEGANDO NA UNIDADE  
NUMA MACA AZUL  
LÁ VEM ELAS COM ENEMA NO MEU CORPO NÚ

WANDA VENENO  
O HOSPITAL É PEQUENO DEMAIS PRA VOCÊ  
EM TODO CANTO QUE EU VOU  
SÓ DÁ VOCÊ, SÓ DÁ VOCÊ, SÓ DÁ VOCÊ, IÊ IÊ IÊ IÊ

SEU HISTÓRICO É UM ESPELHO, UM GUIA PRA MIM  
SEU CORPO INTEIRO É UM DEVER  
NO EXAME PRA MIM  
SOZINHO NO MEU QUARTO  
EU CHAMO POR VOCÊ  
VOMITANDO NAS PAREDES  
VOCÊ VEM SOCORRER

WANDA VENENO  
O SOAP É UM JEITO SERENO DE VER  
E O QUE ACONTECE EM TODO QUARTO  
EU POSSO SABER, POSSO SABER, POSSO SABER, IÊ IÊ IÊ IÊ

WANDA VENENO  
O HOSPITAL É PEQUENO DEMAIS PRA VOCÊ  
EM TODO CANTO QUE EU VOU  
SÓ DÁ VOCÊ, SÓ DÁ VOCÊ, SÓ DÁ VOCÊ, IÊ IÊ IÊ IÊ

MEIA HORA NO MEU QUARTO  
NURSING VAI SURGIR  
OUÇO PASSOS NA ESCADA  
VEJO A PORTA ABRIR  
VOCÊ VEM NÃO SEI DE ONDE  
EU SEI VEM ME CUIDAR  
EU NÃO SEI QUAL SEU NOME  
MAS NEM PRECISO CHAMAR

MENINAS VENONO  
VOCÊS TEM UM JEITO SE COMO SABER  
NA PASSAGEM DO PLANTÃO  
QUE VAI ACONTECER, ACONTECER, ACONTECER, IÊ IÊ IÊ IÊ

Paródia alusiva as etapas do Processo de enfermagem, segundo Wanda Horta.  
Letra: Alienca, Edenice, Francine, Ivonei, Luciana e Renata,

# ANEXO 2

Passagem de plantão na Clínica Médica Feminina

# ANEXO 3

Reportagem sobre Quimioterapia,  
fornecida pela paciente "Bromélia".

Revista Caras, edição 380 – Ano 8 – Nº 7 – 16/02/2001

# ANEXO 5

Registros de enfermagem histórico, evolução e prescrição





## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

<b>I. Identificação do Paciente</b>			
Idade: 27	Est. Civil: casada	Religião: Católica	Naturalidade: Capimzal
Escolaridade:		Procedência: Capimzal	Profissão: do lar
Peso:		Estatura:	
Condições do cliente na Internação: chegou ao setor em maca, pela enfermeira, ligada, contactante, astênica com fluidoterapia			
Diagnóstico Médico: Leucemia Mieloide Aguda M3 (LMA-M3)			
<b>II. Percepções e/ou Expectativas</b>			
Internações anteriores: Sim ( ) Não (x) Quantas: Motivo(s):			
O que sabe sobre sua doença atual: Há 1 um mês iniciou com quadro de astênia e febrícula. Estava na 33ª semana de gestação e apresentava alterações no hemograma - Anemia e foi submetida a cesária, quando perdeu o bebê.			
Neste momento está fazendo QT-CP + ATB - fez reação alérgica.			
Tabagismo ( ) Cigarros/dia: Quantos anos: Etilismo ( ) Tipo de Bebida/Tempo:			
Outras drogas: ( ) Qual(is):		Transfusões sanguíneas anteriores (x)	
Expectativas, Medos:			
<b>III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>			
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>			
<b>1.1. Oxigenação</b> Dispneia em repouso que se acentua com esforços			
R: 24mm. Tosse ( ) Expectorção ( ) Caract.:		Dispneia (x) Ortopnéia ( ) Cianose ( )	
Catéter Oxigênio (x) Outros:			
<b>1.2. Hidratação</b>			
Ingesta hídrica/dia:		Preferência:	
<b>1.3. Alimentação</b>			
Anorexia (x) Disfagia ( ) Pirose ( ) Dificuldade para mastigação ( ) Dieta zero ( ) Outros:			
Hábito alimentar:			
<b>1.4. Eliminações</b> Tem controle urinário			
Vesical: Disúria ( ) Hematúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Sonda vesical ( ) Globo vesical ( ) Côndon ( )			
Retenção urinária ( ) Outros:			
Intestinal: Hábito: 2/2 dias Constipação ( ) Enterorragia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( )			
Jejunostomia ( ) Fezes líquidas ( ) Caract.:			
a) Dreno ( ) Tipo:		Local:	
Drenagens		b) Gástrica: Náuseas ( ) -Vômitos ( ) Hematêmese ( ) Caract.:	
SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Outros:			
c) Vaginal: leucorréia ( ) menstruação ( ) Metrorragia (x) loquios serossanguinolentos			
<b>1.5. Sono e Repouso</b>			
Insônia ( ) Agitação ( ) Hábito:			
<b>1.6. Atividade Física</b>			
Prática Exercícios ( ) Qual(is):		Astenia (x) Miastenia ( )	
Atividade Motora: Problemas para movimentar algum segmento do corpo ( ) Qual(is):			
Deambula (x) com auxílio (x) não deambula ( )			
Problemas na locomoção ( ) Faz uso de cadeira de rodas ( ) Muletas ( ) Andador ( ) Outros:			
Deve manter repouso relativo			

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Serviço de Enf Médica

Cliente:

Registro:



31/05/01

P<sub>1</sub>

10:30h

S. Pcte refere cansaço, dor lombar, em M.I.D e náusea.  
O. Pouco comunicativa, prostrada, astênica, dispneia, e descorada. Apresentou um episódio de síncope com queda ao solo, perda temporária dos sentidos, referindo no momento da queda dor em região occipital e tórax, sem traumas aparentes. M.I.D apresenta sinais de inflamação, dor a palpação em panturrilha. Ontem pela manhã teve um episódio de hipotensão (PA 80x60mmHg), hoje pela manhã fez hipertensão (PA 140x120mmHg). Aceitando pouco da dieta oferecida. Há 3 dias sem evacuar. Diurese 4.700ml, T: 37,3°C a 36,1°C, P: 104 a 76bpm, FR: 20mp.  
A. Face interna da coxa, com regressão de sinais flogísticos;  
- Regressão do edema corporal;  
- Anorética provavelmente relacionada a fase pós-quimioterapia;  
- Oscilando níveis pressóricos;  
- Bom débito urinário nas 24 horas;  
- Queda do estado geral  
- Alterações vasculares relacionado a uma provável TVP - Trombose Venosa Profunda;  
- Pcte semi dependente para o autocuidado.

Elenice Reis da Silveira  
(Acad. de Enfa. UFSC)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



# P1 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - CMF

## Execução

01. Prestar cuidados de rotina, grau: <u>II</u>	T	N	M
02. Observar: <u>astenia</u> - <u>náuseas</u> - <u>vômitos</u> - epigastralgia - flatulência - distensão abdominal - constipação - diarreia - icterícia - anorexia.	T	N	M
03. Estimular ingestão: <u>hídrica</u> - <u>alimentar</u>	T	N	M
04. Pesar de 4/4 dias. <u>diariamente</u>		<u>6:30</u>	
05. Medir a circunferência abdominal.			
06. Observar: dispnéia - ortopnéia - cianose - tosse - estado gripal.			
07. Trocar catéter de oxigênio.			
08. Trocar sistema de oxigenoterapia			
09. Manter elevadas: cabeceira - grades - leito semi-Fowler.			
10. Controlar: expectoração - <u>diurese</u> - evacuações.	<u>38</u>	<u>06</u>	<u>32</u>
11. Observar: nível de consciência - alteração de conduta - cefaléia - tontura - parestesia - parestesia - plegia - afasia - dislalia - disartria - queixas hipertensivas - tremores.			
12. Observar: <u>dor</u> - <u>desconforto</u> - disúria - artralgia - precordialgia.	T	N	M
13. Obs.: sinais de hipo/hiperglicemia; reações à: Quimioterapia - Radioterapia; prurido - rush cutâneo - insônia - sangramentos - palidez cutâneo-mucosa - equimose - metrorragia - leucorréia - <u>edema corporal e hiperemia e dor MID</u>	T	N	M
14. Fazer curativo: dissecação venosa - p. subclávia - jugular c/ SF - P.T. de 3/3 dias.			
15. Fazer: H.O. - banho de assento - higiene íntima c/ solução de bicarbonato de sódio - enxaguatório - flogoral - ácido acético.			
16. Oferecer absorvente higiênico.			
17. Fazer curativo: <u>orth-a-cath c/ SF (luz esteril 2/2 dias)</u>		<u>D<sub>5</sub> - 10</u>	
18. Aplicar: gelo - bolsa de água quente em soroma - flebite.			
19. Aplicar etrat em equimoses.			
20. Lavar olho direito/esquerdo com Soro Fisiológico 0,9%.			
21. Fazer/Estimular mudança de decúbito de 4 em 4 horas:	DLD		
	DD		
	DLE		
22. Fazer massagem de conforto e em proeminências ósseas, movim. ativa/ passiva.			
23. Manter cuidados com TQT - Sonda Vesical - SNG - SNE - hidratar com 150ml - 8 got. por minuto - SG 5% - SF 0,9 - após alimentações.			
24. Manter: repouso - absoluto - relativo - MMSS restritos.			
25. Sentar em poltrona - auxiliar - estimular - deambulação pós-prandial			
26. Aplicar/Oferecer: lanete - pomada vitaminada - pasta d'água - neomicina - vaselina - mercúrio cromo			
27. Aplicar: Tetmosol 3:1 no couro cabeludo - corpo.			
28. Manter cuidado com paciente de risco, HIV+, <u>politransfundido</u> .		<u>atenção</u>	
29. Dar apoio emocional.		<u>manter</u>	
30. Verificar: PA - FC - T - R.			
31. Fazer rodízio para injeções. <u>SC</u>		<u>V/D 20</u>	
		<u>V/E 8</u>	

Data: 14/05

Hora: 10:30h

Assinatura: Edenice (Acad. de Enf.)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - PRESCRIÇÃO

# ANEXO 6

Quadro com Malignidades Hematopoiéticas, afixado no Posto de  
Enfermagem da Clínica Médica Feminina - HU



Malignidades Hematopoéticas

Leucemia: é uma proliferação irregular ou acumulação de leucócitos na medula óssea, substituindo os elementos normais medulares. Também existe proliferação no fígado, baço e linfonodos, e invasão de órgãos não-hematopoiéticos, como meninges, trato gastrointestinal, rim e pele. São geralmente classificadas, de acordo com a linhagem das células afetadas, em linfocíticas ou mielocíticas e, de acordo com a maturidade das células malignas, em agudas (células imaturas) ou crônicas (células diferenciadas).

Doença	Célula afetada	Grupo Etário	Manifestações Clínicas	Contagem Sangüínea	Diagnóstico	Tratamento
Leucemia Mielóide Aguda (LMA)	Célula-matriz hematopoética, que se diferencia em células mielóides: monócitos, granulócitos (basófilos, neutrófilos, eosinófilos), eritrócitos e plaquetas.	Todos os grupos etários são afetados; a incidência aumenta com a idade.	Sinais e sintomas derivam da produção insuficiente de células normais. Infecções (devido a granulocitopenia), fraqueza e fadiga (anemia), sangramentos (trombocitopenia), a proliferação das células leucêmicas nos órgãos leva a: dor no fígado e baço aumentados, dor nos ossos (causado pela expansão da medula).	Mostra uma redução tanto nos eritrócitos quanto nas plaquetas, os leucócitos podem apresentar-se baixo, normal ou alto, a percentagem de células normais está muito reduzida.	Uma amostra da Medula óssea revela um excesso de células blastos imaturos. A presença de bastonetes de Auer no citoplasma indica LMA.	Quimioterapia (QT), drogas mais usadas: cloridrato de daunorrubicina, e citarabina mercapturina. Indicativo de Transplante de Medula Óssea (TMO).
Leucemia Mielocítica Crônica (LMC)	Célula-matriz hematopoética, que se diferencia em células mielóides: monócitos, granulócitos (basófilos, neutrófilos, eosinófilos), eritrócitos e plaquetas. A doença é mais branda do que na aguda.	Não é comum nas pessoas com idade inferior a 20 anos, mas a incidência aumenta com a idade.	O quadro clínico é semelhante ao da LMA, mas os sinais e sintomas são mais brandos. Muitos pacientes ficam assintomáticos por anos. O baço está freqüentemente aumentado.	Estão presentes mais células normais do que na forma aguda, há aumento dos leucócitos.	Uma anormalidade genética denominada cromossomo Filadelfia é encontrado em 90 a 95%.	Quimioterapia: bussulfan, hidroxiurêa, clorambucil, sozinho ou com corticóides.



Doença	Célula afetada	Grupo Etário	Manifestações Clínicas	Contagem Sangüínea	Diagnóstico	Tratamento
Leucemia Linfocítica Aguda (LMA)	Proliferação maligna de linfoblastos.	É mais comum nas crianças jovens, com o sexo masculino mais afetado, pico de incidência aos 4 anos, após 15 anos é rara	As manifestações da infiltração celular leucêmica nos outros órgãos são mais comuns com a LLA do que com as outras formas de leucemia e incluem dor no fígado e baço aumentados, cefaléia, vômitos devido ao envolvimento das meninges e dor nos ossos.	Redução do número de leucócito, eritrócitos e plaquetas, pois os linfócitos imaturos proliferam na medula e no tecido periférico, inibindo o ciclo celular normal.		Quimioterapia Terapia inicial: Vincristina, prednisona, daunorubicina e asparaginase Terapia manutenção: mercaptopurina, metotrexato, vincristina e prednisona.
Leucemia Linfocítica Crônica	Proliferação clonal de linfócitos de aspecto maduro.	Afeta pessoas entre 50 e 70 anos de idade.	Fraqueza crônica, linfadenopatias indolor, hepatoesplenomegalia, ulcerações e sangramento do trato gastrointestinal.	Aumento absoluto de linfócitos T circulante, mas sua função está diminuída e hipoglobulinemia.	Aumento absoluto e duradouro de linfócitos de aspecto morfológico maduro no sangue e na medula óssea.	Quimioterapia; Clorambucil (leukeran) e corticosteróides
Doença de Hodgkin (DH)	Origina-se no sistema linfático e envolve os linfonodos.	É mais comum nos homens do que nas mulheres e tem dois pico de incidência: início na década 20 e após 50 anos	Adenomegalias indolores, que mais tarde causam sintomas de pressão graves, como dificuldade de respirar pela compressão na traquéia. O baço pode tornar palpável e o fígado aumentar. A doença de Hodgkin é classificada em estágios I, II, III, e IV, que em ordem crescente envolve comprometimento de outros gânglios e/ ou órgão.	Leucometria alta, com aumento dos polimorfonucleares e uma contagem elevada de eosinófilos.	A célula maligna é a "célula de Reed-Sternberg".	É determinado pelo estágio da doença e não pelo tipo histológico. Potencialmente curável pela radioterapia, quando disseminação inicial de QT e radioterapia.



<b>Doença</b>	<b>Célula afetada</b>	<b>Grupo Etário</b>	<b>Manifestações Clínicas</b>	<b>Contagem Sangüínea</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamento</b>
Linfomas Não-Hodgkin (LNH)	LNH, representam um grupo de neoplasias do sistema imune, de elevada complexidade no comportamento biológico e clínico. A heterogeneidade destes tumores é conseqüente à complexa evolução das células linfóides.	Mais comuns nos adultos mais velhos.	As manifestações são similares às da DH, mas é provável que essas distúrbios já tenham se espalhado através do sistema linfático e além dele ao ser diagnosticada a doença.		É realizado através de: análise histopatológica, biópsia dos linfonodos e exame de imunohistoquímico.	Se a doença estiver localizada, a irradiação é o tratamento de escolha. Se houver um envolvimento generalizado, é usado combinação com quimioterapia.
Mieloma Múltiplo	Doença maligna dos plasmócitos que se infiltram nos ossos, linfonodos, fígado, baço e rins. Não é classificado como linfoma. A célula maligna é o plasmócito, com a proliferação neoplásica acontecendo principalmente na medula óssea.	A incidência de MM aumenta com a idade, raramente ocorrendo antes dos 40 anos.	Os pacientes queixam-se de dores nas costas e têm uma anemia normocrônica, normocítica (as hemácias tem cor e tamanho normais). Esses pacientes podem estar incapacitados pela constante dor nos ossos. As lesões destroem o osso e estão associadas com a hipercalemia. As fraturas ósseas são comuns especialmente nas vértebras ou nas costelas.	Tem uma contagem reduzida de leucócitos e plaquetas porque a medula óssea está infiltrada de plasmócito maligno que produzem globulinas anormais (são excretados na urina fragmentos destas que são chamados de proteínas de Bence Jones).	É realizado por aspiração ou biópsia da medula óssea	Quimioterapia e irradiação (alívio da dor óssea). Hidratação essencial para prevenir danos renais resultantes da precipitação da proteína Bence Jones nos túbulos renais e cálcio e ácido úrico no sangue em excesso (avaliar insuficiência renal)

### Referências Bibliográficas

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SCHWARTSMANN, Gilberto ... [et al.]. *Oncologia Clínica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

# ANEXO 7

Equipe de Enfermagem da Clínica Médica Feminina,  
na festa do meu último dia de estágio



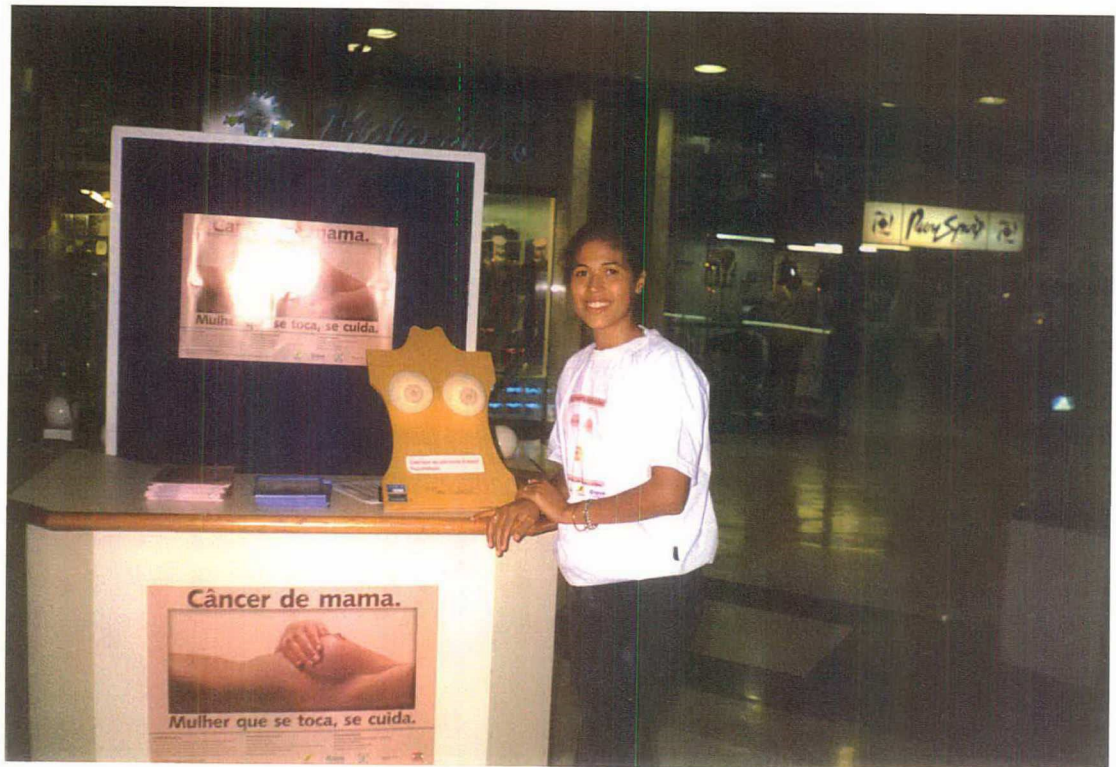


# ANEXO 8

1ª foto – Eu na Campanha de Prevenção do Câncer  
de Mama e de Colo de Útero

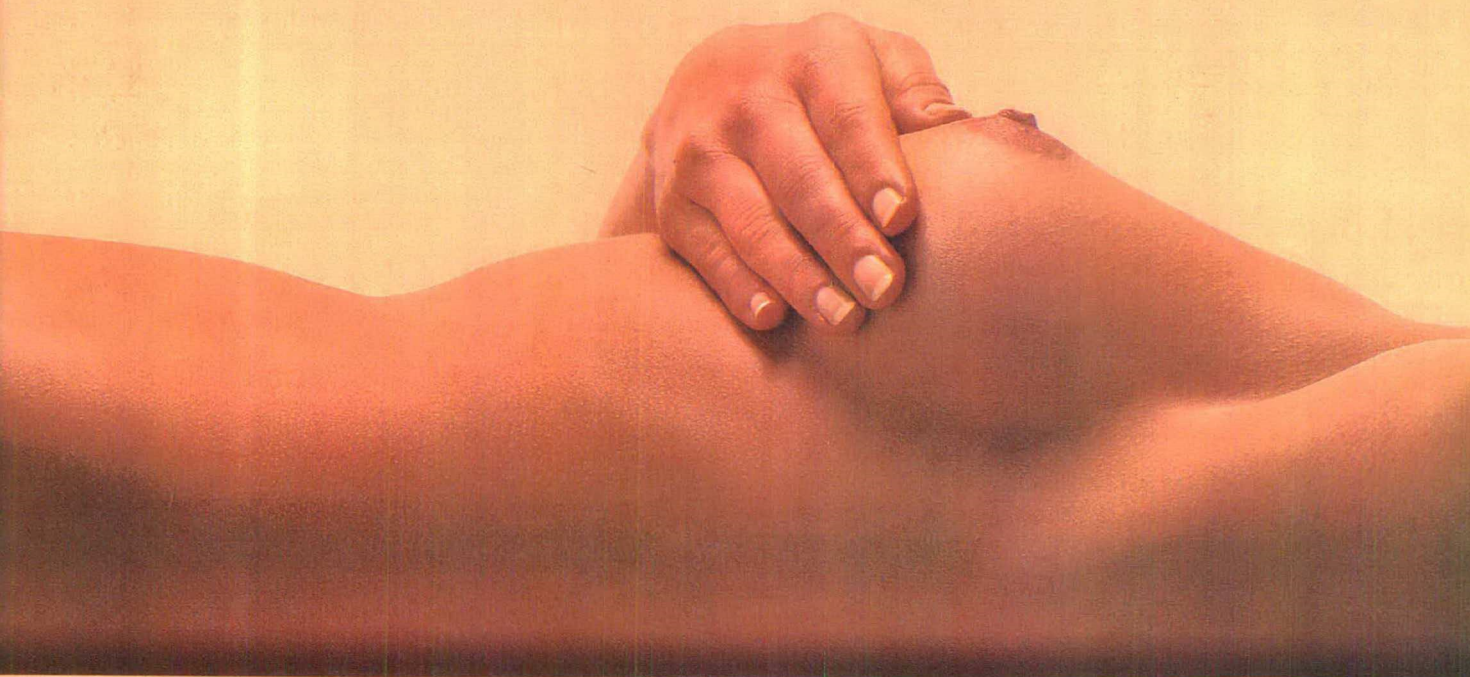
2ª foto – Nós: Ana, Ingrid, Enfa Maria da Graça, Silvia,  
Enfª Vera, Eu e Rosinete

“Folder” que foram entregues no momento  
da Campanha e por último o certificado





# Câncer de mama.



## Mulher que se toca, se cuida.

### Câncer do Colo do Útero



Conheça seu corpo  
e saiba como se prevenir.

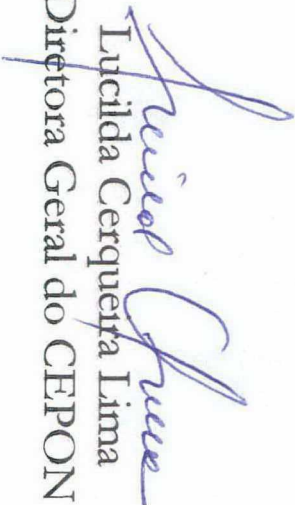





# CERTIFICADO

Certificamos que EDENICE REIS DA SILVEIRA participou da Campanha: “MÃE, PREVENIR É UMA INICIATIVA DE AMOR”, com carga horária de 06 horas, de 07 a 10/05/01, em Florianópolis - SC.

Florianópolis, 10 de maio de 2001.

  
Lucilda Cerqueira Lima  
Diretora Geral do CEPON

  
Cristiane Fabiani  
Subgerente de Epidemiologia e  
de Prevenção do Câncer

# ANEXO 9

Unidade de Transplante de Medula Óssea – CEPON  
Eu e a Enfermeira Tânia (Chefe do TMO)



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que **EDENICE REIS DA SILVEIRA**, matriculada na 8ª Fase, do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizou visita, no dia 26/03/01, na Unidade de Transplante de Medula Óssea, do CEPON, localizada no 4º Andar do Hospital Governador Celso Ramos.

Florianópolis, 11 de maio de 2001.

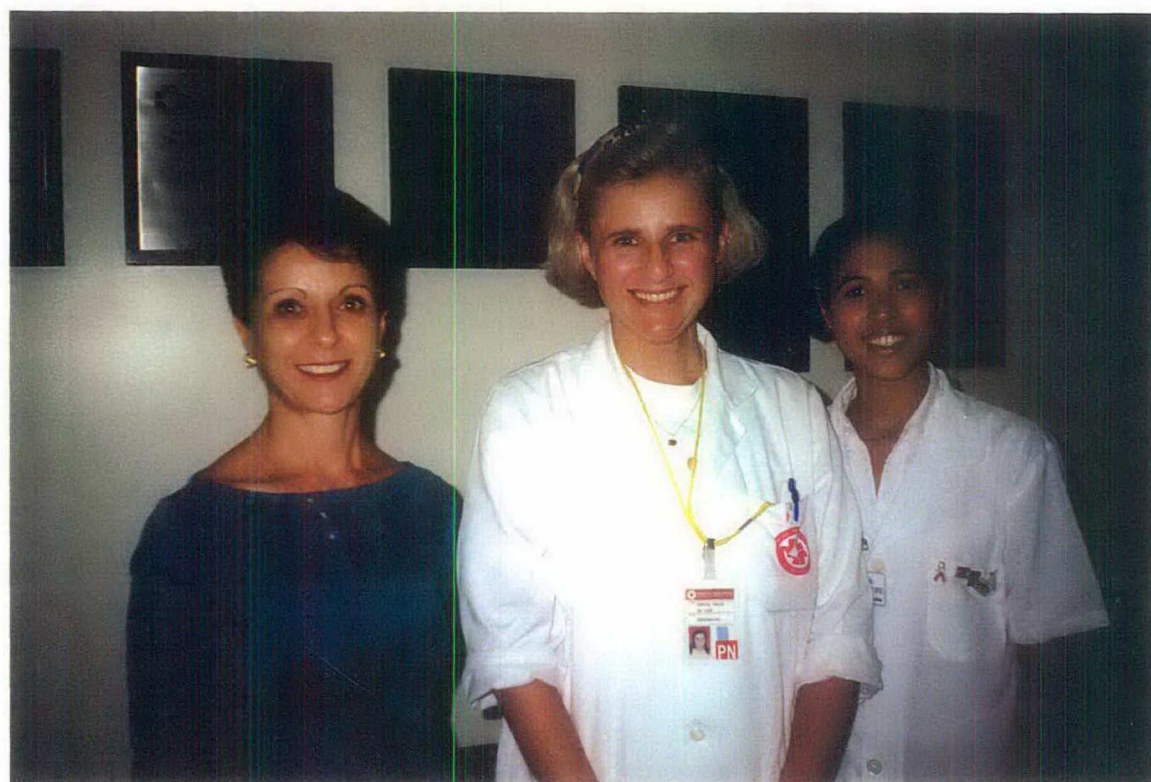


Tânia Maria Vill de Aquino  
Responsável pela Enfermagem do T.M.O.



# ANEXO 10

Foto no Hospital de Clínicas de Curitiba – PR  
2ª Foto – Eu, Enfa.Ana e a Enfa. Denise (responsável  
pelo setor de Treinamentos do TMO)





## DECLARAÇÃO

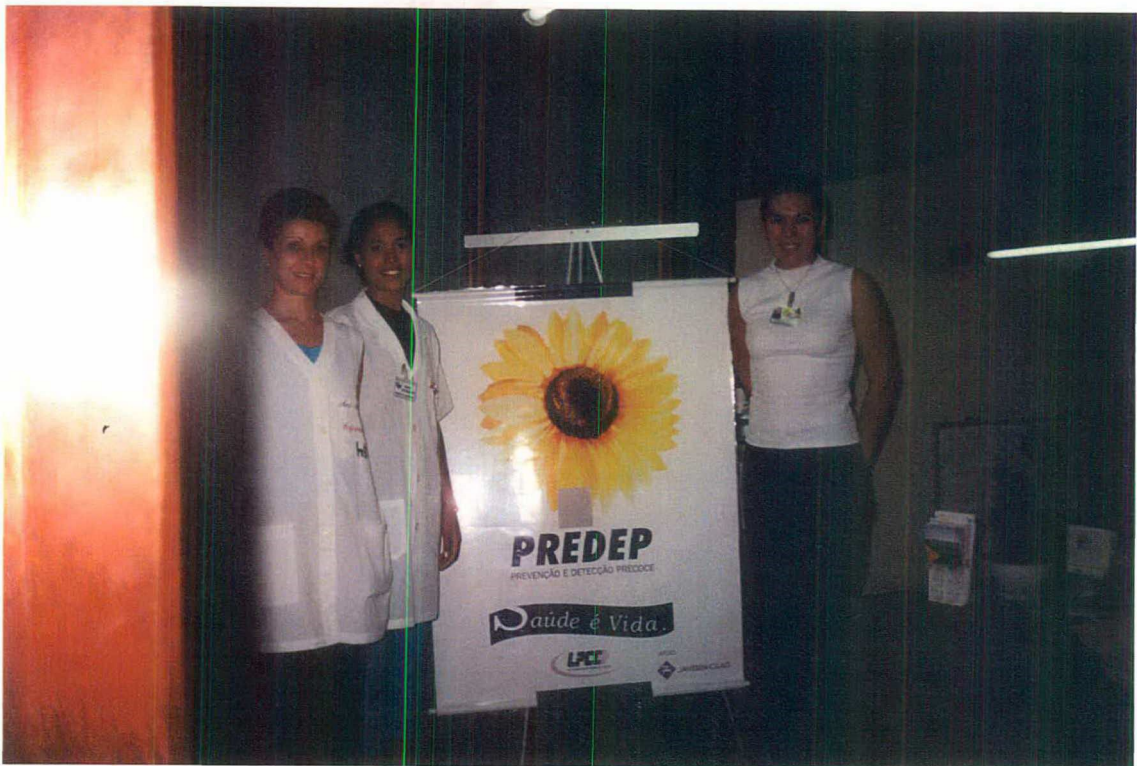
Declaramos para os devidos fins, que a Acadêmica de Enfermagem **Edenice Reis da Silveira**, realizou visita na data de 02/04/2001. Esta visita incluiu Serviço de Transplante Medula Óssea, Unidade de Internação e Ambulatório do STMO, além do Ambulatório de Hemato - Oncologia e Quimioterapia de Alto Risco do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná,

Curitiba, 02 de Abril de 2001

  
Euza T. Toyonaga Ortega  
Chefe da Unidade do Serviço de  
Transplante de Medula Óssea

**EUZA T. TOYONAGA**  
Chefe Serv. de Enf. T. M. O  
Insc. 18914 Matr. 75450\*





# ANEXO 11

1ª foto – Eu e a Supervisora Enfa Ana no Hospital Erasto Gaertner

2ª foto – Enfa. Ana, Eu e a estudante de enfermagem Keli, na Unidade de Prevenção e Detecção Precose do Hospital Erasto Gaertner

Curitiba, 09 de abril de 2001.

### DECLARAÇÃO

Nós da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, vimos através desta, declarar para fins educacionais que a aluna Edenice Reis da Silveira, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, esteve em nossa Instituição no dia três de abril deste ano no período da tarde, para conhecer nossas instalações e atividades.

Atenciosamente,



Enf. Kátia Elisa Prus

Supervisora da Unidade de Prevenção - PREDEP



#### UNIDADES OPERACIONAIS

• HOSPITAL ERASTO GAERTNER • REDE FEMININA • CENTRO DE PROJETOS DE ENSINO E PESQUISA • CAPTAÇÃO  
• INSTITUTO DE BIOENGENHARIA ERASTO GAERTNER • CASA DE APOIO LOURDES CANET • PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

Rua Dr. Ovide do Amaral, 201 - CEP 81.520-060 - Pabx: (0\*\*41) 361-5000 - Fax: (0\*\*41) 266-1822

E-mail: [cepep@ipccnet.org.br](mailto:cepep@ipccnet.org.br) - <http://www.ipccnet.org.br>

Curitiba - Paraná - Brasil

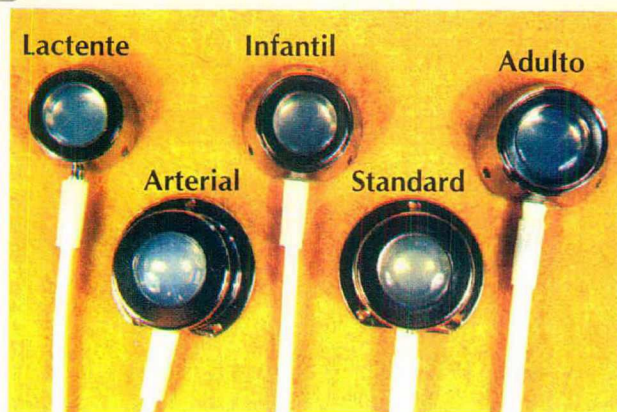


# ANEXO 12

Tecnologias Desenvolvidas pelo Instituto de Bioengenharia do  
Hospital Erasto Gaertner

# Reservatório para Quimioterapia Totalmente Implantável IBEG

Indicado para tratamento quimioterápico em pacientes que necessitam de acesso venoso ou arterial com frequência variável e de longa duração, o reservatório para quimioterapia totalmente implantável IBEG é biocompatível e fabricado de acordo com as normas ASTM.



Modelos de Reservatórios

MODELO	INDICAÇÃO	Ø EXTERNO	ALTURA	PESO	VOLUME	MATERIAL	Ø INT	Ø EXT	VALV.
<b>STANDARD</b>	Adulto/ Venoso	27mm	11mm	20g	0,6ml	Inox	1,5mm	3,0mm	N
<b>ARTERIAL</b>	Adulto/ Arterial	27mm	11mm	22g	0,6ml	Inox	1,0mm	2,0mm	S
<b>LACTENTE</b>	Lactente/ Venoso	20mm	7mm	6g	0,25ml	Titânio	1,0mm	2,0mm	N
<b>INFANTIL</b>	Infantil/ Venoso	23mm	7mm	7g	0,45ml	Titânio	1,3mm	2,5mm	N
<b>ADULTO</b>	Adulto/ Venoso	24mm	9mm	10g	0,45ml	Titânio	1,5mm	3,0mm	N

Pode ser utilizado em diagnósticos por imagem (inclusive ressonância magnética) por ser elaborado com materiais amagnéticos.

O cateter é fabricado em silicone de alta resistência mecânica, radiopaco e possui marcação de 5 em 5cm a partir da extremidade.

O processo de eletropolimento interno alcança resultados de rugosidade superior aos estabelecidos pelas normas internacionais.

Dispomos de estoque permanente e atendemos a todo território nacional mediante encomenda via fax e entrega em até 48 horas.



Vista Superior



Marcação de 5 em 5cm



## INFORMAÇÕES

Liga Paranaense de Combate ao Câncer  
Instituto de Bioengenharia Erasto Gaertner

Rua: Dr. Ovide do Amaral, 201 - Jardim das Américas

CEP 81520-060 - Curitiba /PR - Brasil

Fone (41)361-5210 - FAX: (41) 366 -3292

<http://www.lpcnet.org.br> - e-mail: [ibeg@lpcnet.org.br](mailto:ibeg@lpcnet.org.br)



# IMOBEG - SISTEMA DE MOLDAGEM A VÁCUO

O IMOBEG é uma câmara hermeticamente fechada, construída em material plástico flexível, preenchida com esferas de isopor e que tem a função de produzir uma interface entre o paciente e o local no qual deverá ser acondicionado.

O IMOBEG é construído em material flexível atóxico, pneumático, anti-chama e que permite moldagem com excelente definição e conforto.

## OPERAÇÃO DO SISTEMA:

O princípio de funcionamento do sistema consiste na retirada do ar do interior da câmara (VÁCUO) promovendo assim um atrito cada vez maior entre as esferas de isopor tornando o sistema rígido.

Para repetir o processo basta deixar que o ar entre na câmara, acionando a válvula, e o sistema estará pronto para nova moldagem.



VISTA LATERAL



VISTA SUPERIOR

O IMOBEG tem um tamanho padrão de 90 cm X 60 cm, podendo ser fabricado mediante consulta, em qualquer tamanho ou formato desejado.

Os eventuais reparos por perfuração podem ser feitos pelo usuário com o Kit de Reparos IMOBEG, que acompanha o sistema, em aproximadamente 15 minutos.

## INDICAÇÕES:

O IMOBEG é indicado para posicionamento e contenção em situações que requeiram imobilidade durante a atividade, ou que necessitam assumir posições específicas e de longa duração como Radioterapia, Radiologia, Cirurgia, Transporte, etc.



## INFORMAÇÕES

Liga Paranaense de Combate ao Câncer  
Instituto de Bioengenharia Erasto Gaertner

Rua: Dr. Ovanildo Amaral, 201 - Jardim das Américas

CEP 81520-060 - Curitiba /PR - Brasil

Fone (41)361-5210 - FAX: (41) 366-3292

<http://www.lpccnet.org.br> - e-mail: [ibeg@lpccnet.org.br](mailto:ibeg@lpccnet.org.br)

# ANEXO 13

Visita Domiciliar do Programa de Internação Domiciliar - CEPON







ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS - CEPON



Quinta-feira, 5 de Junho de 2001

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Edenice Reis da Silveira, Matriculada na 8ª Fase do Curso de Enfermagem da UFSC, realizou visitas: nos dias 27/04/01, 25/05/01 e 24/05/01, para conhecer a Unidade de Cuidados Paliativos, acompanhamento de visitas ao leito e visita domiciliar com a equipe.

Atenciosamente,

*Milene Goulart Beck*

Milene Goulart Beck  
Coordenadora do P.I.D



# ANEXO 14

“Folder” que realizei sobre Segurança no Trabalho – Manuseio de Quimioterápico, distribuído aos Funcionários da Clínica Médica Feminina e Ambulatório de Quimioterapia

**Edenice Reis da Silveira**

Acadêmica de Enfermagem da 8ª fase

**Profa. Dra. Vera Radünz**

Orientadora

Supervisoras:

**Nair Terezinha Grando da Silva**

**Ana Maria Francisco Nunes Mendes**

**Alda Isabel Melo**

Trabalho de Conclusão de Curso:

**“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
AO ADULTO COM DIAGNÓSTICO DE  
CÂNCER E SEUS FAMILIARES COM  
BASE NO REFERENCIAL TEÓRICO  
DE WANDA DE AGUIAR HORTA”**

Estágio realizado no Hospital Universitário  
de Santa Catarina na:

Clínica Médica Feminina e

Ambulatório de Quimioterapia

Bibliografia

CRISTOFOLINI, Cassia. Segurança no

Trabalho: Manuseio de Drogas Citotóxicas.

Florianópolis, 1998. Monografia - Curso de

Especialização em Gestão Hospitalar,

Universidade Federal de Santa Catarina.

Algumas pessoas acham a idéia do  
desapontamento tão dolorosa que preferem  
nem ter esperanças quanto à recuperação do  
paciente. Mas, quando amamos, devemos  
arriscar. O amor nos torna receptivos a  
sermos afetados, desapontados, feridos ou  
magoados pelos outros. A única forma de  
evitar esse risco é nos tornarmos ermitões  
emocionais, vivendo isolados – e ninguém  
sobrevive a essa situação. Mas é possível  
lidar com a dor e o desapontamento. ...a  
melhor maneira de lidar com o diagnóstico  
de câncer é lutar pela saúde de todas as  
maneiras possíveis, reafirmando nossa  
crença na vida e na esperança...

Simonton

Florianópolis, 24 de maio de 2001.

**Segurança no Trabalho**

**Manuseio de Quimioterápicos**





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787

DISCIPLINA: INT 5134 – ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador Sobre o Relatório da Prática Assistencial

As sugestões propostas pelos membros da BANCA EXAMINADORA deste Trabalho foram devidamente atendidas.

Sendo assim, a acadêmica cumpriu todos os requisitos de disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada - INT 5134.

PARABENS !

Fls, 16/07/2001  
Tere Rodring.  
COREN SC - 1525